UNA NUEVA CULTURA DEL NACIMIENTO

SOLEDAD GALÁN

Adiós cigüeña

EL PLACER DE PARIR

oberon

Soledad Galán

Adiós cigüeña

algaida

Contenido

A mi hija Ruth, que fue gestada al
mismo tiempo que este libro y a
cuyo empeño en *vivir despierta* debe
este su escritura a salto de siesta.

Y muy en especial, al hombre de
mi vida, por hacer suyo el deseo de
regalarle a nuestra hija un
nacimiento íntimo y respetuoso,
sin violencia.

Dar a luz es un íntimo acto de amor, y el lugar adecuado para hacerlo es un lugar donde uno podría hacer el amor.

SHEILA KITZINGER

El parto debería ser revelador, en el sentido de que cada mujer debería poder parir de la manera más cercana a lo que ella es en esencia.

LAURA GUTMAN

Toda madre, todo bebé, tiene derecho
a vivir el parto en toda su intensidad,
con toda su carga emocional.
Respetando el nacimiento, respetamos
al ser humano; respetamos la vida.

Enrique Blay

La información compilada en este libro es rigurosa y actual. De ninguna manera supone una llamada a parir sin la asistencia de profesionales de la atención al nacimiento o a no realizarse las oportunas revisiones médicas durante el embarazo y el puerperio.

Ni la autora, ni el prologuista, ni la editorial son susceptibles de responsabilizarse ante las decisiones personales tomadas fruto de la lectura de este libro.

Notas aclaratorias

Para facilitar la comprensión y agilidad de la lectura, la obra recurre al empleo del masculino genérico. De este modo, aunque aparezca escrito *hijo* o *niño*, se entiende que puede referirse a *hija* o *niña*. Lo mismo sucede en lo concerniente a las profesiones, con la excepción de la de matrona. Así pues, en el libro, los términos *matrona*, *partera* o *comadrona* se usan indistintamente para los dos sexos.

Por el mismo motivo, el texto renuncia a detallar los pormenores y procedencia de cada uno de los estudios científicos expuestos. De tal manera que solo refleja las conclusiones o los aspectos considerados de utilidad, y deja aquellos para la bibliografía, por si el lector desea recabar más datos sobre los mismos.

Agradecimientos

Cuando supe que estaba encinta, no conocía a nadie del campo del nacimiento humanizado o de baja intervención. Sin embargo, a medida que el embarazo progresaba, varias personas de ese ámbito fueron entrando en mi vida, o yo en la de ellas, con todas las preguntas de que era capaz y con las ansias tercas de ofrecerle a mi hija el regalo más fascinante de todos: un alumbramiento natural para el que mi cuerpo y el suyo estaban cabalmente preparados.

A ese obsequio y al libro que, luego, surgió de él, han contribuido muchos profesionales de la asistencia al parto. A todos ellos, mi gratitud infinita por hacer posible los dos. En particular, al doctor Longinos Aceituno, obstetra sabio y entregado, que revisó los aspectos médicos de este libro, y me abrió las puertas de su tiempo y del Hospital La Inmaculada. A Teresa Sánchez, comadrona, por las respuestas, el zumo y los consejos. Y a las matronas expertas Sebastian Macors (el hacedor de milagros), Ana Rufo (mi ángel de la guarda) y Blanca. A los tres, Ruth y yo les debemos un parto natural intenso, deslumbrante, único y salvaje.

Gracias también a las matronas Mercedes, Alicia, Francisco Javier Trujillo, David, Ana María Pérez y Nuria Barberá, por las infusiones y las mil respuestas, así como por los artículos, *links,* páginas web, teléfonos y direcciones de interés.

A Trinidad Martínez, Eva Rodríguez y Nuria González, fisioterapeutas que me descubrieron la grandeza de mi propio cuerpo ideado para dar vida. A Tania, Charo y María Isabel Fernández, y a tantas y tantas mujeres que me han contado la historia de sus partos para que otras madres que hayan sufrido experiencias irrespetuosas no se sientan solas. Algunas se permitían relatarla por vez primera y he tenido el privilegio de poder escucharla. Gracias.

Asimismo, mi agradecimiento sincero a todos los ginecólogos, obstetras, matronas, neonatólogos, pediatras y demás profesionales sanitarios que han respondido a mis preguntas y colaborado de un modo u otro en este libro. A quienes han querido que apareciera su

nombre y a quienes han preferido ocultarlo. A todos ellos, mi gratitud por las experiencias compartidas y las reflexiones, a favor o en contra de un nacimiento no medicalizado. Sin olvidarme de las doctoras Raquel González, que aportó cariño e ideas valiosas en igual medida, y Belén Cabezas, que respondió siempre a mis dudas con paciencia infinita y que atendió una llamada de teléfono un viernes de mayo, entrada la noche.

A asociaciones como *El parto es nuestro*, *La liga de la leche*, *Nacer en casa*, *Dando a luz* y la *Plataforma pro Derechos del Nacimiento,* por su información cuidada y actual, y por su preocupación por que las mujeres conozcan sus derechos a la hora de dar a luz.

Debo mucho a los expertos en maternidad y salud preocupados por hacerles llegar a las mujeres información contrastada sobre el parto natural, a través de investigaciones fiables cuya base es una rica literatura científica. En especial, a Michel Odent, por la lucidez de todos sus libros, a Thérèse Bertherat, Laura Gutman, Henci Goer, Carlos Burgo, Sheila Kitzinger, Gro Nylander, Leilah McCracken, Casilda Rodrigáñez, Carmen Gabilondo e Isabel Fernández. A su vez, mi gratitud y enhorabuena a la cineasta Icíar Bollaín, que un día concibiera el cortometraje *Por tu bien*.

Mi agradecimiento también ha de ir a mis editores, Miguel Ángel Matellanes y Charo Cuevas, porque confiaron en este libro cuando solo era un deseo; y sobre todo por permitirme disfrutar en toda su plenitud el gozo de la maternidad sin presiones en la fecha de entrega.

Por último, agradezco profundamente la generosidad de mi marido y de mi madre. Este libro no habría sido escrito sin su amor y entrega absoluta. A mi madre le debo a su vez la experiencia de la maternidad como un regalo inigualable de la naturaleza. De igual modo, le agradezco a mi hermana que alentara y creyera en este texto tanto como en mí misma. Gracias también a la bella Andrea, que cuida de Ruth como de una hermana menor. A María, por sus caldos nutritivos y el afecto. A Mari Carmen y a Ángela, cuya casa siente Ruth como propia. A sus pediatras, Marisa García Gestoso y Nuria Mendoza. Y a mi amiga Mari Cruz, que prefiere que escriba novelas.

Prólogo

Hace unos años era imposible predecir el cambio tan importante que iba a tener la asistencia al parto y al nacimiento. Aunque todavía queda mucha tarea por hacer, hay que ser optimista: quizá pronto podamos decir que los nacimientos «respetuosos, íntimos y sin violencia» son la práctica habitual, dentro de nuestro sistema sanitario público, y no la excepción. Este cambio se deberá a muchos factores e implicará a profesionales, asociaciones, sociedades científicas. Pero Ruth también será responsable de una pequeña parte, ya que motivó a su madre a buscar otro tipo de parto que rompiera con la mecánica de la rutina intervencionista establecida.

El título del libro muestra ya esa intención de ruptura con la hoja de ruta institucionalmente definida para asistir el parto y el nacimiento. En este sentido, Soledad Galán ha sido muy valiente al describir situaciones difíciles de entender si no se ha parido. Y es que es cierto que no existe «una persona más dócil que una mujer embarazada» porque la salud de su hijo es su máxima preocupación. Por eso muy pocas intentan salirse del protocolo impuesto en los hospitales a la hora de dar a luz. Qué injustos somos los sanitarios cuando decimos frases como «dentro de poco estaréis otra vez aquí si os preocupa vuestra hija», «si no quieres epidural, allá tú» o «a las del parto natural os llevaba yo a África». Sin embargo, comentarios de este tipo son moneda común en un hospital. Y eso que nadie puede discutir que la protagonista del parto es la mujer y, por tanto, en un parto normal, sin complicaciones, es su voluntad la que cuenta. No obstante, los sanitarios nos sentimos a veces, equivocadamente, los protagonistas del acto del nacimiento. Soledad explica muy bien este proceso de insensibilización y adoctrinamiento de la mujer para que esta actúe a modo de espectadora de su propio parto. Un proceso que comienza en el embarazo y al que contribuye en gran medida una educación maternal que enseña a la mujer a ver como naturales e imprescindibles actuaciones que no lo son en absoluto y que dificultan el desarrollo fisiológico del parto, además de que pueden perjudicar a la madre o al hijo (inmovilidad postural, monitorización fetal continua, episiotomías, inducciones indiscriminadas, analgesias...).

Sobre este tipo de prácticas es necesario advertir a las mujeres y a los propios profesionales. Porque estas intervenciones médicas pueden traer consecuencias que la gestante desconoce, consecuencias demostradas por la ciencia; por ejemplo, que la primera fuente de cesáreas son las inducciones o que el empleo de analgesia epidural puede conducir a un parto instrumentalizado (con ventosas o fórceps). De hecho, en los sistemas sanitarios de muchas comunidades autónomas, se ha incentivado la administración de analgesia epidural sin considerar sus posibles efectos secundarios, lo que no es una cuestión superflua porque los partos instrumentales son el principal factor de riesgo de los desgarros graves del periné y estos a su vez de la incontinencia de gases y heces. La prevalencia de la lactancia materna en estas mujeres va a ser mucho menor que en aquellas que tienen un parto eutócico. En el libro también se nos recuerda con acierto la pandemia de cesáreas que hay en gran parte del mundo.

Yo soy ginecólogo desde hace veinticinco años y me siento orgulloso de mi trabajo. Por eso hay hechos y actuaciones en un paritorio y en una sala de dilatación que me duelen en lo más hondo de mi alma, actuaciones y hechos que narra la autora de este libro y que son verdad. Así se atiende un parto en nuestra sanidad, así atendemos un parto los profesionales de la salud, sin tener en cuenta muchas veces el mejor conocimiento científico disponible y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por ello, no solo las mujeres sino también todos los sanitarios deberíamos leer este libro, para tratar de comprender lo que siente una mujer durante el proceso del nacimiento de un hijo, un momento irrepetible de su vida. La descripción que hace Soledad del trabajo de parto es apasionante y da buena prueba de que la percepción de cómo se supere esa vivencia va a tener gran importancia en la vida futura de la madre y del bebé, y en su relación afectiva.

Si queremos que la asistencia al parto cambie debe cambiar a su vez la idea de este como patología y de la mujer como enferma. Sobre esto, la autora nos indica el camino que tenemos que seguir los profesionales que trabajamos en el área de partos: la colaboración de comadronas y ginecólogos, en el ejercicio del cometido específico de cada uno, sabiendo que las funciones de ambos son complementarias. Hay que conseguir que las matronas no se sientan azafatas de día y comandantes de vuelo por la noche, cuando el ginecólogo se acuesta y ellas pueden llevar a la práctica las recomendaciones de la OMS para ofrecerle a la mujer un entorno hospitalario de confianza y libertad a la hora de parir.

Por último, quiero agradecer a Soledad Galán que haya pensado en mí para realizar este prólogo. Pues esto me ha permitido leer un libro

que ayudará a las mujeres y a los profesionales a posicionarse en una nueva cultura del nacimiento. Bienvenido sea.

DR. LONGINOS ACEITUNO

Coordinador del Proceso del Embarazo, Parto y Puerperio del Servicio Andaluz de Salud y experto del Ministerio de Sanidad y Consumo en la elaboración de la *Estrategia de Atención al Parto Normal.*

CAPÍTULO UNO

Por qué surgió este libro: de la experiencia personal a la evidencia científica

Una clase de educación maternal

Gracias a la epidural, ya no hay gritos en los paritorios.

Era la cuarta sesión de las clases de preparación al parto de un centro de salud de la Seguridad Social. La clase destinada a estudiar un parto en vivo. Así que nuestra educadora maternal, una robusta matrona de unos cincuenta y cinco años, había apagado la luz y conectado un vídeo de un parto de 1994 en un hospital público. La imagen, sin sonido, estaba muy deteriorada por los catorce años de uso, pero ella nos traducía entusiasta cada escena:

—Aquí ella le dice al marido: «Huy, que me viene una contracción». ¿Veis cómo comienza a respirar?

Y todas empezábamos a buscar en lo que parecía ser el rostro de la parturienta filmada los gestos de dolor. Sin embargo, ella seguía en apariencia tranquila, agarrada a su panza, yendo y viniendo de la sala común de dilatación al silloncito rojo del pasillo donde la esperaba el que nos había aclarado la matrona que era el marido. Al hombre tampoco se le distinguía con nitidez, pero podía apreciársele más cara de susto que a la embarazada.

Una de nosotras dejó caer con escepticismo:

—¿Seguro que está a punto de parir? En mi primer parto yo no grité por vergüenza, porque hubiera gritado con todas mis fuerzas, por el dolor.

La matrona giró su nuca hasta dar con ella.

—Pero si ya no se grita. Gracias a la epidural, ya no hay gritos en los paritorios.

Se escuchó un leve murmullo y ella lo atajó antes de que creciera en vigor.

—Chsssss, que os perdéis lo mejor. Ahora la llevan a ponerle la epidural.

La mujer que había hablado antes sentenció a media voz:

—Yo, con la epidural, hiperventilé. Y solo se me insensibilizó una parte; la otra pierna no.

Nuestra matrona, a lo mejor harta de tanta intromisión, le soltó esta vez sin volverse:

—Hija, qué mala suerte tuviste. Te moverías…

Es de suponer que su insinuación surtiera efecto, pues ni la mujer a la que iba dirigido el comentario ni ninguna otra dijo nada más. De este modo, la clase visionó el resto de la película callada.

Solo la matrona se agitó pizpireta de vez en cuando para apuntar algún dato de interés.

—Y ya está —concluyó. La embarazada del vídeo había parido—. Ahora la cosen, la preparan y la llevan a la sala de postparto.

Nos miró como una actriz esperando un aplauso al final de una obra de teatro. Nadie aplaudió, ni hizo gesto alguno, aunque empezaron a hacerse notar cuchicheos y suspiros varios. Nuestra matrona aprovechó entonces para finalizar la clase repasando los ejercicios de respiración que teníamos que aprender para emplearlos cuando llegara el momento del parto.

—Imaginaos que viene una contracción. Ahora: ummm, jahhh, ummm, jahhh.

No habían transcurrido ni diez minutos cuando una de las asistentes musitó:

—Perdona, me estoy mareando.

La matrona la miró con sonrisa compasiva:

—Eso es al principio. Después de practicar los ejercicios respiratorios en casa, os saldrán de rechupete —se llevó a la boca el dedo pulgar y el índice, unidos por las yemas, y emitió un sonido parecido a un «chup»—. Si es muy fácil: un, dos, un, dos, cogemos aire por la nariz llenando la barriga y lo soltamos por la boca, vaciándola. Ummm, jahhh, ummm, jahhh.

La que se desmayaba era una mujer embarazada de su primer hijo que, a tenor del comentario de la matrona, debió de pensar que no ponía suficiente empeño, que no lo intentaba con todas sus fuerzas; que no era una buena madre. Porque si fuera una buena madre, si se sirviera de todo su potencial físico, si hiciera caso, punto por punto, de las indicaciones de aquella experta en embarazos, partos y puerperios, controlaría su equilibrio; no se marearía. Porque una buena madre no flaquea. Una buena madre aprende rápidamente todo lo que le enseñan que ha de hacer en cada momento. Una buena madre no hiperventila. Pero ¿qué sucede si a una buena madre se le recomienda que respire en cada contracción al revés de lo que su cuerpo le demanda? Que en cinco minutos se ha quedado sin aire, agotada; sin fuerzas. Sin embargo, aquella madre y las veintiuna restantes que la acompañaban en las clases de educación maternal parecían intentar ir en contra de su cuerpo, de su instinto, de su sentido común para no defraudar a una mujer a la que acababan de conocer y que «de esto» sabía mucho.

Así que ninguna embarazada cuestionó que, con esos ejercicios, en vez de sentirse más confiada ante el parto se encontraba contraída, con más miedo del que llevaba antes de comenzar la

sesión, pensando que se le olvidaría respirar de ese modo en el paritorio. Nadie, por tanto, se atrevió a realizar comentario alguno en alto, aunque a media voz se escucharan varios «ay, Dios mío, ¿esto nos lo tenemos que aprender? Seguro que, cuando lo necesite, no me acuerdo», lanzados a otros ojos que pensaban lo mismo. Nadie, menos la chica de «perdona, me estoy mareando», que, pálida, se había sentado en una silla, mientras una compañera la abanicaba con un folleto (que nos acababan de entregar) de una crema anti estrías especial para el embarazo. Quizá la matrona presintió que aquella mujer necesitaría más sesiones para el proceso de conversión en una madre modélica, por lo que se acercó a ella, los hombros hacia arriba, la espalda rígida, el cabello sujeto en un moño muy tirante:

—De todas formas, si ves que no puedes, paras un poquito y luego sigues.

Yo, que era la número trece del grupo, quería decirle que, a juzgar por sus enseñanzas, no era una buena chica, una buena madre, porque no estaba haciendo lo que ella nos trataba de inculcar. Después de dos meses formando mi cuerpo, mi mente y mi respiración, en un centro especializado en la preparación del parto natural, para ayudar a nacer a mi primera hija en el momento adecuado, no inspiraba y expiraba como la experta en embarazos, partos y puerperios quería enseñarnos. Muy al contrario, yo controlaba mi lordosis lumbar, el cuerpo relajado, libre de tensiones, tomaba aire notando cómo este ascendía desde mis pies por la parte posterior de la espalda hasta mis sienes y lo expulsaba, muy suavemente, la boca abierta y relajada, bajándolo por la parte delantera de mi cuerpo hasta la vagina, soplando con ella; abriéndola a la vida. Mi vulva elevada al cielo. Con eso le estaba diciendo a mi hija Ruth que, cuando llegara el tiempo de encontrarnos cara a cara, tanto mi vagina como todo mi cuerpo sabrían lo que hacer. Nos abriríamos para recibirla felices, confiadas. No contraídas, no adoctrinadas, no infantilizadas, no en hiperventilación. Por eso no tenía miedo. Porque confiaba en el poder de mi cuerpo, de mis hormonas, en su capacidad animal para dejar libre mi instinto de madre.

Quería explicarle todo esto, pero no lo hice. Segundos antes de que la número siete desfalleciera, la matrona había pasado a mi lado poniéndome como ejemplo de éxito, sin darse cuenta de que mi movimiento y el que ella nos pedía no se parecían ni por asomo:

—¿Veis que sencillo? Mirad qué relajadita está esta. Un, dos, un, dos. Ummm, jahhh, ummm, jahhh.

Además, en una sesión anterior, ya se habían reído todas de mí, incluida la matrona, cuando a la pregunta retórica de «todas pediréis la epidural, ¿no?» aseguré (junto a una mujer que iba a parir a su tercer hijo, los dos partos anteriores con epidural) que no podía vaticinar cómo iba a actuar, pero que, en principio, no tenía intención alguna de pedirla. La carcajada fue unánime. Los comentarios también: «Es la primera, ¿no? Ya me dirás». «La pedirás, como todas» y «esta no sabe lo que es». Sin embargo, la mayoría de ellas tampoco sabía lo que era: para el 90 % de las asistentes iba a ser su primer parto. Qué las llevaba entonces a saber que solicitarían la analgesia epidural y que yo también. Qué o quién les había infundido ese miedo al dolor, ese temor a la vivencia del alumbramiento. Por qué deseaban que el parto pasara cuanto antes, que más que «una horita corta» fuera un minuto escaso. Por qué querían transitar por su propio parto, como de paseo, sin vivirlo. Sin sentir.

—La pedirás nada más entrar por la puerta del hospital porque el dolor es insoportable. Pero con la epidural, zas, ni te enteras y ya tienes a tu bebé en brazos —palabra de matrona con cientos de inducciones y epidurales a sus espaldas. En sus ojos, la suficiencia y el rencor porque yo había osado alterar el buen discurrir de una clase hasta entonces sin muchos sobresaltos.

—Bueno, a lo nuestro, que os desmandáis —nos había ordenado aquel día nuestra educadora maternal.

Lo nuestro era la epidural, un, dos, un, dos, inspirar inflando el abdomen, espirar desinflándolo. Con brío. Ummm, jahhh, ummm, jahhh. En cada contracción. Y así, en un pispás, los recién nacidos estarían en nuestro regazo sin que nos diéramos cuenta.

Tras el parto, no he podido contactar con algunas de estas mujeres. Otras no han querido hablar. De las demás, la mitad dio a luz por cesárea. La mayoría recibió oxitocina sintética, monitorización fetal continua, analgesia epidural, episiotomía (corte del periné para ampliar la abertura vaginal) y todos los demás ingredientes del parto medicalizado propio del sistema sanitario español. A cinco les provocaron el parto: por transaminasas altas, porque el niño no había nacido en la fecha prevista o porque las habían enviado a revisión al hospital y ya que estaban allí… Les enseñaron a ser dóciles y fueron dóciles. De hecho, no existe una persona más dócil que una mujer embarazada, pues en todo momento teme por la salud de su hijo. Les enseñaron que someterse al dictamen de la autoridad médica es lo que tiene que hacer una buena madre, y todas querían ser buenas madres. Las

mejores. Así que dijeron sí, gracias, ustedes son los médicos, saben lo que hay que hacer. Si me provocan el parto, será porque es necesario para salvar a mi bebé. Si me inyectan oxitocina sintética para acelerar el ritmo de las contracciones, será porque yo no dilato bien. Si me tumban boca arriba sobre una cama, me atan con correas a un monitor y me ordenan que no me mueva porque si no se pierden los latidos del feto, será porque de otro modo el bebé correría peligro. Si me cortan el periné para que salga mi hijo, será porque mi vagina es estrecha para el parto. Se dejaron hacer agradecidas, culpables porque algo en ellas fallaba al dar a luz y por eso necesitaban ayuda especializada, instrumentalización, vías abiertas y suero a chorros. Sus cuerpos fueron traídos y llevados sin rechistar porque las educaron para un alumbramiento aséptico en una mesa de partos, sin gritos en el paritorio, con el pubis desinfectado y los pies sujetos a unos estribos. Sin dolor. Sin sentir nada. Sin perder el autocontrol, la compostura, sin sudor. Nuestra matrona estaría orgullosa de ellas: supieron comportarse como se les instó a que lo hicieran. Ninguna se salió del guión previamente establecido por ginecólogos, matronas y demás personal médico. Ninguna, salvo yo, llevó un plan de parto al hospital pidiendo ser informada de cualquier actuación con respecto al nacimiento de su bebé. Ninguna alegó su derecho a tener un parto respetado, no intervencionista, ajeno a una visión patológica y jerarquizada del mismo, atendiendo a las leyes de protección del paciente, a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a la constatación más que probada de la evidencia científica. Nuestra matrona estaría orgullosa. Ninguna la puso en ridículo frente a sus compañeros de profesión por no haber sabido reconducir a una mujer encinta al redil.

Que se sepa, solo una parió entre gritos de dolor y de placer, con alegría, la vagina abierta, feliz, su vulva elevada al aire, disminuyendo la curva lumbar para ensanchar el canal del parto, en un paritorio que a ella le pareció íntimo y cálido, entre los brazos del hombre que ama y de una matrona belga afín al parto natural. Así nació Ruth, mi hija.

Nacimiento de Ruth

A las del parto natural os llevaba yo a África.

Algunas mujeres no tienen falsas contracciones días antes del parto,

ni se dan cuenta de los pródromos (las contracciones de la primera fase del alumbramiento), ni sienten cómo su útero se prepara a lo largo del embarazo, endureciéndose a modo de prueba. Yo, en cambio, noté cada uno de estos ensayos de mi útero a lo largo de los meses; respiraba entonces como lo haría el día del parto: disminuía la curva lumbar, relajaba mi vagina, soplaba por ella. Lanzaba mi vulva al techo. También tuve falsas contracciones la semana previa al parto y viví intensamente cada una de las contracciones de la fase de dilatación durante los tres días anteriores al nacimiento de mi hija. Con la luz de la mañana se detenían para volver con fuerza, rítmicas y salvajes, a la caída del sol. Ya en el hospital, me dirían que no es bueno leer tanto. Que si no hubiera estado tan informada del proceso del parto, tan pendiente de lo que acontecía en mi cuerpo, me habría librado de todo ese «esfuerzo» preliminar. Me habría «quitado de en medio ese engorro». «¡Pobrecita!», apuntaría alguien de las urgencias obstétricas. «Tres días de parto y aún no se ha encajado la cabeza del feto». Ajena a esos comentarios, yo era feliz: lo había vivido todo, no se me había escapado ningún instante, ninguna sensación y todavía quedaba lo mejor: ayudar a Ruth a descender por el canal del parto para abrirse paso hacia el exterior.

Pero para llegar a ese punto tuve que ir antes tres veces a urgencias, el lugar por el que toda parturienta debía pasar antes de quedar ingresada. Familia, amigos ginecólogos, pediatras y matronas conocidos, todos me habían recomendado «está bien, si quieres dilatar en casa, hazlo, pero al menor signo de algo extraño corre al hospital. Allí estarás más controlada». Lo último que yo deseaba era que me controlaran, pero el miedo que te infunden a que el bebé pueda sufrir es más fuerte que la confianza y los deseos propios. Sobre todo porque no podía saber que era muy común que las contracciones de la primera fase se fueran durante el día y regresaran, como una manada de lobos, al atardecer. Así que acudimos una primera vez al hospital público donde, tras meditarlo largamente, habíamos decidido parir. Un «hospital de la mujer», que desde el año anterior se hallaba incluido en el Proyecto para la Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía. Nos registramos en las urgencias obstétricas, como nos ordenaron, y aguardamos varias horas en la sala común de espera hasta que llegó nuestro turno.

—Esta noche estamos hasta los topes —le comentaba el médico a una auxiliar cuando entramos a la consulta. Ojeó al vuelo el motivo de mi visita y arguyó sonriente—: pasa al fondo, quítate la

braguita y túmbate.

Obediente, le esperé recostada. A mi lado, una papelera rebosaba de gasas ensangrentadas y guantes de látex.

—Huy, esto está muy bien. El cuello está muy blandito. Yo te dejaría ingresada —me informó aún con el guante puesto—. De esta noche, no pasa.

No habíamos tenido tiempo de explicarle que llevábamos un plan de parto, que deseábamos una asistencia no medicalizada en la medida de lo posible (si el parto discurría con normalidad, sin complicaciones) y que solo quería quedar ingresada si estaba de más de seis centímetros de dilatación, cuando afirmó, mirando a José Luis, mi marido:

—Está de un centímetro. Yo, desde luego, con este cuello me atrevo con una inducción.

José Luis y yo no tuvimos que mirarnos. Nos levantamos, agarrados de la mano, y nos despedimos sin haber sacado siquiera del bolso el plan de parto. Antes de que la puerta se cerrase, pudimos escuchar:

—Dentro de pocas horas estaréis otra vez aquí si os preocupa vuestra hija.

La primera en la frente: solo unos malos padres se marcharían a casa cuando un especialista está seguro de atreverse con una inducción. Solo unos padres a quienes les importa un bledo la posibilidad de un sufrimiento fetal, rechazarían el ingreso hospitalario ¡con un centímetro de dilatación!

Un día y medio después, mi útero seguía con el mismo ritmo, el que le dictaban mis hormonas: de día, relajo; por la noche, danza. Una contracción cada cinco minutos, cada ocho minutos, cada seis minutos, cada tres minutos, y después cada dos, muy intensas. «Ante la duda, correremos al hospital», le había prometido a mi madre y a mi hermana mayor. Volvimos a ir: cuatro centímetros. Regresamos a casa. Yo, tumbada en el asiento de atrás del coche, soplaba por la vagina. La abría relajada. Visualizaba a Ruth comenzando su descenso, dentro de mí, por el planeta agua. Ya en el salón, vomité los escasos bocados del almuerzo. Me tumbé en la *chaise longue* del sofá, abrazada a José Luis, y dormí toda la tarde. Ruth venía de camino. Sobre las nueve de la noche, me incorporé. Y, al hacerlo, supe que había llegado el momento: estaba descansada, con más fuerzas que en toda mi vida. De modo que, con lluvia y una luna grande y hermosa, regresamos al hospital. Esta vez nos tocó una R2 (una residente de segundo año). La miré con ternura porque me recordó a mi prima, una ginecóloga muy joven

de las de «ve enseguida al hospital. No seas bruta. Un parto puede torcerse en cualquier momento: ¡no sabes los riesgos que puede haber!». La ternura se me fue tal como llegó, en un segundo. Lo primero que vio fue nuestro plan de parto, que una matrona con buena intención había adjuntado, instantes atrás, al informe médico. «Por si las moscas», apuntó grapándolo. Por si desaparecía en el instante en que necesitáramos ampararnos en él.

—Pufff —comentó sin mirarnos, mientras hojeaba nuestros «queremos ser informados…», «solicitamos, en la medida de lo posible, un parto no intervencionista…», «dado que se trata de un hospital incluido en el Proyecto para la Humanización de la Atención Perinatal, si no es por un motivo justificado, no queremos que se separe a nuestra hija de nuestro lado para ninguna manipulación», «no deseo utilizar analgésicos o anestésicos, incluyendo la epidural», «no deseo recibir episiotomía, ni el empleo de ventosas o fórceps», «deseo elegir la posición para dar a luz», «quiero que se respete el tiempo que necesite para el expulsivo», «quiero poder dar el pecho a mi hija desde el primer instante…»—. Pufffffffffffffffffffffff.

Lo firmaban dos futuros padres que asumían la responsabilidad sobre su parto, atendiendo a las recomendaciones de la OMS, a la evidencia científica y a otros organismos y leyes de protección del paciente. Para nuestra R2, el resumen de todo ello era un puffffff de campeonato.

—Está de más de seis centímetros. Bolsa intacta. La cabeza no está encajada —dirigiéndose de nuevo hacia la mesa, le resumió a una auxiliar, en voz alta, como para que hubiera testigos ante una posible demanda.

—Sí… —argumentó otra auxiliar casi en un susurro—, eso es… una de esas hippies del parto natural que, después de salvar a su hijo, encima te llevan a juicio.

Aún semitumbada, intentando bajar los pies de los estribos sin salir rodando, esquivé con la mirada la papelera de gasas y guantes usados. «O toda la ciudad está embarazada o solo la vacían una vez cada veinticuatro horas, por la mañana temprano», me dio por pensar no sé por qué. Sonreí a José Luis. Él, con la mandíbula rígida después del último comentario, dispuesto a salir en defensa de las dos hippies que llenaban de margaritas su vida: de su mujer, de su hija. Ya en tierra firme, le guiñé el ojo derecho. «Peace and love», susurré en su nuca al sentarme a su lado, frente a R2. Pero nuestra residente de segundo año no estaba para bromas.

—¿Te quedas...? ¿Te vas…? —interrogó con cierta inapetencia,

recuperada la voz vigorosa; las patillas de sus gafas de diseño detenidas en el primer párrafo de nuestro plan de parto: «Queridos profesionales de la salud del Hospital VR: …En caso de que surja una emergencia médica, sepan que contarán con nuestra total cooperación; lo que no quita que, en tal caso, deseemos recibir explicaciones claras sobre los procedimientos a seguir… Estamos seguros de contar con su apoyo… Depositamos nuestra total confianza en ustedes y les agradecemos de antemano su comprensión y buen hacer…»—. Puffffff.

—Disculpe —me atreví a plantear, eliminando los tuteos—. ¿Nuestra hija está bien? ¿Supone algún problema que aún no se haya encajado la…?

Ella, mientras, pasaba de página, hacia delante, hacia atrás, pufffff, sin hacerme caso, pufffff. Por eso detuve ahí la pregunta sintiéndome ridícula al hablarle a la montura de unas gafas vueltas hacia abajo.

Con más de seis centímetros, nos quedamos. «Lo estás haciendo muy bien; es lo mejor», corroboró por teléfono una amiga ginecóloga. Así pues, había entrado la madrugada cuando ingresé en el territorio de R2. Después del parto, he sabido que le apodan «la dueña del VR», pero allí, a punto de parir, solo pensaba que era una buena estudiante que se ajustaba a rajatabla a lo estipulado en los libros de obstetricia. Formada en el parto medicalizado, donde el cuerpo de la embarazada, en condiciones normales, es sometido sin rechistar a decenas de intervenciones de rutina bajo las órdenes del superior jerárquico, el ginecólogo, veía en mí a una mujer que quería quitarle su bastón de mando; rebajarla de rango. Nos quedamos, con más de seis centímetros y con nuestra residente de segundo año dispuesta a hacerme ver que, una vez dentro, yo, como cualquier otra mujer en mi situación, solo era una paciente que necesitaba ayuda médica para parir.

De las ocho habitaciones (dobles) de dilatación, nos tocó la número cuatro. Hacía frío, una ventana estaba rota y a la placa de ducha le habían quitado la mampara, pero, como no tenía por el momento compañera de cuarto, José Luis y yo podíamos esperar solos la llegada de Ruth.

—¿No quieres suero? Tú verás. No puedes comer ni beber nada —nos comunicó la matrona asignada. Otra que, seria, había visto nuestro plan de parto grapado, por seguridad, a mi historia prenatal —. Túmbate. Voy a conectarte al monitor para ver cómo está el feto —anunció mientras me rodeaba el vientre con una cinta negra de velcro a la que había adherida una especie de sensor—. Si te

mueves, se pierde la señal.

Giró sobre sus pasos y salió. Yo me quedé quieta escuchando cómo el galope del corazón de Ruth resonaba en toda la habitación. A los diez minutos, se abrió la puerta. Era ella, de nuevo:

—El ritmo cardíaco no es bueno. Si el bebé está sufriendo, tendremos que ir a una cesárea. Os lo pensáis y me decís.

Cerró la puerta y, cuando lo hubo hecho, me quedé mirándola con el estúpido deseo de que se encendieran los focos y, entre decenas de guirnaldas, ella entrara para gritar: «Bienvenida a la sala de dilatación. Has caído en la novatada para primerizas». Sin embargo, no era una broma pesada. Una experta en partos nos acababa de comunicar que Ruth no se encontraba bien y que, para ser salvada, había que cortar mi útero a fin de rescatarla. Cuando miré a José Luis, él ya tenía cogida mi mano, con fuerza, mientras marcaba un número de teléfono.

—No te preocupes. Explícale a Ana lo que está pasando. Sabrá lo que hacer.

Ana era nuestro ángel de la guarda. Una matrona de la Comisión para la Humanización del Parto que trabajaba en ese hospital, pero que esa noche libraba. Aunque eran las doce y media de la madrugada de un sábado, la llamé. Me calmó con dulzura:

—Pedid que llamen a Blanca de mi parte. Está de guardia en paritorio. Fíate de ella como de mí misma.

Lo hicimos. Al rato, llegó el que sería nuestro segundo espíritu protector. Estudiando el diagrama cardíaco del monitor fetal, me acarició el brazo, la frente.

—Creo que se trata de un período de sueño. El bebé está dormido —anunció suavemente.

José Luis bajó entonces sus labios a mi vientre y lo besó varias veces emitiendo un sonido como de silbato infantil, al que Ruth ya se había acostumbrado a lo largo de todo mi embarazo. Enseguida, nuestra hija comenzó a moverse. Acompasados, los latidos crecieron en intensidad. Estábamos llorando; yo, abrazada a Blanca, cuando entró «tendremos que ir a una cesárea».

—¿Qué haces aquí? —preguntó sin quitarle ojo a Blanca.

—Me ha llamado Ana —aclaró esta con autoridad.

Ya no había que explicar nada más: «tendremos que ir a una cesárea» entendió que ninguna matrona del parto humanizado iba a dejarme desamparada. Que, por hoy, se guardaban los bisturíes.

Como en el informe médico constaba «más de seis centímetros», Blanca esperó para hacerme un tacto vaginal. «Muévete a tu antojo, come algo si te apetece, toma líquidos; estás preparada: déjale hacer

a tu cuerpo», sugirió con gesto de confianza antes de volver a su quehacer en la zona de los paritorios. José Luis salió para pedir un zumo. No había: si quería alguna bebida tenía que comprarla en la cafetería. Así estuvo toda la noche, acompañándome; yendo y viniendo de la cafetería para que estuviera hidratada. A las dos horas, regresó Blanca. «La dilatación es completa», anunció después de revisarme. «El único inconveniente es que la cabeza de Ruth no acaba de encajarse». Que era tanto como decir que la puerta exterior estaba abierta de par en par, pero que Ruth se encontraba aún dentro, delante del pasillo, sin iniciar el recorrido hacia la salida. Dejó que siguiera con mis movimientos pélvicos circulares, los sentidos puestos en lo que sucedía dentro de mi cuerpo; la vagina y el periné, relajados, listos para la acción. Al cabo de unos minutos, regresó con una gran pelota azul, parecida a aquella con la que me había ejercitado preparándome para el parto natural.

—Vas a ser la primera en usarla. Nos la acaban de traer para ayudar a que los bebés desciendan.

Una sola pelota para ocho habitaciones dobles de dilatación (que las más de las veces se convertían en triples) en un hospital con cuarenta partos diarios como mínimo. Blanca se imaginó lo que se me estaba pasando por la cabeza, así que añadió:

—En un hospital así, no hay tiempo ni personal suficiente, ni infraestructura para humanizar el parto, pero es un comienzo.

La miré agradecida: Ruth y yo íbamos a estrenar una pelota de dilatación que quizá ayudara después a muchas mujeres en sus partos respectivos. Me aferré a esa pelota como a un salvavidas en alta mar. Era consciente de que si la cabeza de Ruth no se encajaba, de nada serviría mi vagina abierta en toda su plenitud. Tendrían que romper la bolsa de líquido amniótico: las contracciones vendrían entonces brutales, sin tregua, sin darme tiempo a concentrarme en la respiración, en dejarme llevar por ellas. Así que me relajé, me relajé, me relajé. Sentada, floté sobre la pelota en infinitos movimientos circulares, acunando a mi hija. José Luis siempre a mi lado, animándome. Tapándome con una manta. Sin dormir. Pasó el tiempo, Blanca volvió a examinarme y todo seguía igual. Lo debatimos durante un buen rato y, pensando en lo mejor para Ruth, acepté la amniorrexis. Entre lágrimas, porque sabía que, una vez rota la bolsa, el ginecólogo de turno obviaría la recomendación de la OMS de esperar entre veinticuatro y cuarenta y ocho horas a que el bebé descendiera por sí solo. Iría directa al círculo que quería evitarle a mi hija cuando opté por el parto natural: oxitocina sintética para acelerar el ritmo de las

contracciones; epidural, perdida la concentración interior, ajena a mis hormonas, a la respiración de mi cuerpo, a mi instinto animal de madre. Episiotomía… Eso si no me enviaban a una cesárea «de libro».

Llamaron a R2.

—Las del parto natural llegáis agotadas al expulsivo —argumentó nada más acceder a la habitación—. Cuando todo se hubiera adelantado con un poco de ayuda a tiempo.

«¿A tiempo de qué?», tendría que haberle preguntado, «si me siento perfectamente». Pero yo estaba más allá de R2. Me encontraba vuelta hacia mí misma, relajando mi cuerpo, visualizando a mi hija que, sana y feliz, recorría el tobogán a modo de V que la separaba de mis brazos.

La residente de segundo año punzó la bolsa de líquido amniótico y este brotó desatado, incoloro. Mientras colocaba la cabeza de Ruth, vio mis pómulos mojados de alegría (no había meconio: mi hija no estaba en peligro) y volvió al ataque:

—¿No veis que sin ayuda médica no se puede? —lo dijo segura de lo que se me venía encima. Convencida de que la fuerza de las contracciones desarbolaría en un periquete mis deseos de un alumbramiento no medicalizado—. Queréis, queréis… pero cuando veis lo complicado que es parir dais marcha atrás —añadió con gesto triunfal antes de darme la espalda e irse—. A África os mandaba yo.

No hice ni el menor amago de aclararle que yo no había dado marcha atrás, que simplemente me había dejado aconsejar por especialistas sobre lo más apropiado para que mi hija no sufriera. Estaba feliz de que el líquido fuera claro y de que Ruth ya viniera de camino. Blanca me animaba: «Has tomado la mejor decisión. La cabeza de Ruth ya está encajada». Es muy probable que, en otras circunstancias, no hubiera hecho falta la amniorrexis: Ruth, con tiempo, hubiera buscado ella sola la colocación. No obstante, estaba en un macro hospital donde las horas corren en contra de un parto respetado. Por eso no me arrepiento. Volvería a hacerlo las veces que hiciesen falta y eso no significaba tirar la toalla. Estaba haciendo todo lo que podía para ayudar a nacer a mi hija e iba a seguir haciéndolo. Sin oxitocina, sin epidural, sin episiotomía, sin ventosas ni fórceps, en la posición que me pidiera el cuerpo. Disfrutando del momento más maravilloso de mi vida y no iba a dejar que nadie lo perturbase.

Blanca tuvo que salir de urgencia. Me dejaron tendida sobre una cama empapada, con el sensor ajustado al vientre por la cinta negra

de velcro. Como no venía nadie a limpiarme, pasado un rato, José Luis llamó para que me cambiaran las sábanas. Llegó una auxiliar; se negó: «Tiene que quedarse así, echada, sin moverse». Al poco, las contracciones comenzaron a elevarse en número e intensidad, hasta llegar al tope que podía registrar el monitor. Boca arriba, con esas contracciones de pico máximo, concentrarse en la respiración y en dejarse llevar se antojaba casi imposible. La espalda se arqueaba sin remedio. Salté de la cama y me deshice del velcro, del sensor, de la monitorización fetal. En menos que canta un gallo, hizo su aparición «tendremos que ir a una cesárea». «Tiene que estar monitorizada», espetó a bocajarro. Yo, en plena contracción, a cuatro patas, intentaba concentrarme en mi respiración para hacerme una con el movimiento de la misma. Una ola que viene, se va. Yo era ya casi el propio mar. «Sin monitorización, no me hago responsable», anunció antes de irse. Qué manía con la responsabilidad, con el miedo a una demanda. ¿Una parturienta en el punto más alto de una contracción intensa, salvaje, está para demandas? ¿Para pensar en otra cosa que no sea su bebé y en dejarse llevar por el dolor en vez de resistirse a él?

José Luis, su paciencia y educación al límite, se plantó en la puerta, por dentro. «Solo Blanca. Nadie más va a molestarte. Sigue así. Estoy orgulloso de ti», su voz sonó homérica. En aquel momento, le adoré. Él me mantendría a salvo en tanto yo me adentraba más y más en un océano inmenso, profundo. Los sonidos del pasillo, de las otras habitaciones, me devolvían a un hospital. Pero yo necesitaba seguir dentro del agua, me había deshecho de la manta; el camisón, desabotonado. Si me acercaba un poco más a la orilla, si me desconcentraba, el dolor aparecía con un vigor animal. Así pues, me refugié en el baño. A oscuras, regresé a mis instintos: era una leona que flotaba y rugía, rugía, rugía… Fuera, José Luis hablaba con Blanca. En el cambio de turno, la relevaría Sebastian, la matrona belga de la que tanto nos habían hablado algunos expertos en el parto natural. «Se queda en las mejores manos», dijo Blanca. Y así fue.

Al poco, el hombre que iba a ayudar a nacer a mi hija, llamó a la puerta del baño muy suavemente. A través de ella, escuché su nombre; luego vi su cara. Una sonrisa de Este a Oeste la cruzaba. Era moreno, delgado y parecía haber nacido mujer, haber parido decenas de veces. Ora dejándome sola, ora manteniéndose a distancia o acercándose para acariciarme la espalda, para alentarme a continuar, supo ver lo que mi cuerpo demandaba a cada momento. Tanto que aún no me explico cómo logró entrar y salir de

la habitación, irse al ala de los paritorios y regresar cuando tenía un hueco de forma apenas imperceptible. Estuvo a mi lado como solo una matrona experta sabe hacerlo: sin hacerse notar. Hasta para las malas noticias fue prudente; incluso entonces su cara de preocupación se antojaba inofensiva.

—No ha habido casi evolución —anunció tras hacerme un tacto vaginal—. Ruth está bien, pero desciende muy despacio.

Yo sabía ya cómo era mi hija: testaruda, juguetona, se tomaba su tiempo para todo disfrutando de cada instante. No aceleraría el ritmo por estar en un hospital donde el parto se desenvuelve entre una hora de inicio y otra de término estandarizadas. Sin embargo, Sebas se veía en la obligación de alertarnos: con la bolsa rota, aguantaría cuanto pudiera; no obstante, si Ruth no aceleraba la marcha, ante el miedo a un posible sufrimiento fetal el ginecólogo correspondiente intervendría. Cesárea. Por eso, la leona se adentró aún más en su guarida. A medio caer el camisón, se colgó del cuello de su marido una vez, y luego otra, y otra más. Con cada contracción. En cuclillas, soplaba por la vagina, distendía el periné, visualizaba a su cachorro bajando por un tobogán para coger impulso a la hora de iniciar el recodo ascendente hasta la meta. Cada vez había más presión y más peso sobre su vagina, sobre sus esfínteres, pero al mismo tiempo todo se volvía más etéreo, más liviano. Eran en torno a las doce del mediodía y, en cambio, fuera de sí la leona veía oscuridad, como si toda esa luz de después de la lluvia se hubiera concentrado dentro de ella, en la parte más baja de su vientre. Gritando de dolor, de alegría, de placer, siguió abriéndose; desenredando de obstáculos el camino de Ruth. Así, descalza, el cabello revuelto por los zarpazos, la encontró una hora después una matrona joven, a quien Sebastian el belga había enviado para ver el estado del parto con sus ojos.

—Acércate —le dijo a José Luis al momento de comenzar la revisión—. Vuestra hija ya está aquí; puedes verle la cabecita.

Como yo no podía parar de negar con la cabeza, incrédula, José Luis se acercó a mí para jurármelo:

—Está aquí. La veo.

Bienaventurados los que creen en mí sin haberme visto. Yo creía en Dios sin haberme cruzado con sus ojos. Dios era en ese instante un bebé de tres kilos y doscientos ochenta gramos que ofrecía a un sábado de mayo su coronilla mojada.

Sebas llegó en cuanto pudo. Decidimos trasladarnos a un paritorio recogido, para estar más cómodos y esperar a Ruth sin bullicio e interrupciones. Cuando salíamos, exclamó alguien,

observando hacia dentro desde el pasillo:

—¿Qué ha pasado ahí?

Ahí una leona le había permitido el paso a su hija. Sus pisadas cubrían de sangre el suelo de la habitación número cuatro.

Lo demás fue una hora imborrable. Llamada técnicamente la fase del expulsivo, para Ruth y para mí fue un momento de encuentro, no de expulsión. Nada salió de mí, nada fue expulsado, extraído; mi hija y yo nos limitamos a reconocernos.

—En menos de veinte pujos tendrás a tu hija en brazos —me comunicó Sebas ya en el paritorio. Miró el reloj de la pared y subrayó—: sobre las dos y media.

De lado, reclinada, en cuclillas, cualquier posición que adoptaba mi cuerpo sin que yo la meditara me acercaba más a Ruth. Hasta que al final me apeteció colocarme en una silla de partos que me permitía soplar por la vagina abriendo esta al límite. Así, vi aparecer su cabeza lubricada, de cráneo perfecto. Al girarla, Ruth me miró como si yo la hubiera dormido un rato antes y ella acabara ahora mismo de despertar de su siesta. Sebas entonces maniobró para dejar también libres sus hombros y brazos.

—En el siguiente pujo, puedes tirar de ella y acercártela —lo dijo fijándose en mis ojos, disfrutando mientras se anticipaba a los hechos—. Ha sido un parto precioso; uno de los más bellos que he vivido.

A las tres menos veinticinco, soplé una última vez en tanto cogía a Ruth por debajo de sus axilas. Acto seguido, la llevé a mi regazo. La abracé entera proporcionándole calor a todo su cuerpo, mientras pronunciaba su nombre: Ruth, Ruth, RUTH. Ella, hambrienta, después de observarme con detenimiento, se enganchó a mi seno derecho y estuvo mamando de él un buen rato.

Parir en España: la tortura de la intervención

Eres una privilegiada: has tenido mucha suerte.

«Si eres creyente, da gracias a Dios porque eres una privilegiada: has tenido mucha suerte. En este hospital, a las mujeres no se les deja parir como a ti». Quince días después del nacimiento de mi hija, eso fue lo que me aseguró una matrona con más de diez años de experiencia en ese centro. Eso y que, pese a no oponerse al parto no medicalizado, veía imposible extenderlo a todas las parturientas de un macro hospital por carecerse en este de tiempo, de la

infraestructura necesaria y de personal formado en el mismo.

Permitir que un parto siga su proceso fisiológico natural (en el caso de que no haya complicación alguna), en un centro hospitalario, implica ofrecerle a la embarazada unas condiciones óptimas de intimidad, confianza y relajación que chocan de plano con el protocolo actual de asistencia al parto, con la masificación y con la escasez de personal y de medios. De hecho, que algunas matronas intenten favorecer tales condiciones para el alumbramiento o incluso que dejen a la madre y al bebé el tiempo necesario antes de cortar el cordón umbilical que les ha unido durante meses no es premiado por gran parte de sus compañeros de profesión, sino censurado. A su juicio, si alguien opta por humanizar el parto de una mujer que lo solicita, deja de atender en esas horas a otras madres que tienen el mismo derecho, pero que no lo han demandado. Y es que a las matronas se les conceden incentivos por aplicar analgesia epidural, pero no porque el nivel de satisfacción de la usuaria con respecto a la atención recibida sea excelente. Por eso, a Sebas, la matrona belga que me acompañó en mi parto, nadie le felicitó por su buen hacer. Al contrario, «esa es la del parto natural con la que Sebas se ha tirado dos horas en el expulsivo. Mientras, yo he tenido que asistir a dos pacientes», apuntó señalándome una de sus compañeras nada más franquear la puerta del paritorio con mi hija.

¿Por qué era yo una excepción a la regla si había dado a luz (para más inri) en un hospital público incluido en el Proyecto para la Humanización de la Atención Perinatal? ¿Por qué al hacer bien tu trabajo se presupone que desatiendes a otras «pacientes»? Quizá porque una embarazada no está enferma; no es, por tanto, una paciente. Se la convierte en ello cuando, por ejemplo, se la ingresa ¡con un centímetro de dilatación! Y luego se le practica una inducción con oxitocina sintética, inhibiendo la producción natural de su propia oxitocina, la hormona que desencadena el parto. Lo que hace que el progreso de este ya no sea fisiológico, sino medicalizado. Y esto exige estar más controlada, pues no se sabe cómo van a reaccionar el organismo de la madre y el del bebé a un agente externo. De lo que se colige que un parto al que se le respeta su proceso natural no es solo un parto más humano, sino también un parto más seguro, además de requerir menos asistencia. ¿Por qué empecinarse entonces en continuar con un tipo de atención perinatal cuyas intervenciones de rutina en condiciones normales provocan más riesgos de los que evitan? ¿Por qué obcecarse en una visión patológica del parto? ¿A quién puede interesarle mantener

un sistema que altera un acontecer natural interviniendo en él sin que sea necesario? A las mujeres no, desde luego. Aunque, adoctrinadas en las clases de preparación al parto, han sido aleccionadas para desaprender su intuición animal, para desligarse de lo que sucede dentro de ellas; para evadirse de sus instintos y desconfiar del poder innato de sus propios cuerpos. Infantilizadas, atemorizadas ante el miedo al dolor, se les enseña que la única forma de escapar a este es evadirse de sus propios partos confiándoles sus cuerpos al estamento médico; no en clave de igualdad, sino de sometimiento. Capacitadas para engendrar, para llevar adelante la gestación de un hijo, se las despoja de esa facultad a la hora de parirlo. Como si el cuerpo de la mujer tuviera una tara, un defecto de montaje al final de la cadena de fabricación, por lo que siempre fuera imprescindible actuar sobre ella, manipularla y cortarla para extraerle el bebé.

Incluso la mayoría de los manuales sobre embarazo, parto y puerperio dan por bueno un sistema de atención al parto jerarquizado y mecanicista, que niega a la mujer un poder responsable y consciente sobre su propio cuerpo. En ellos, se muestra la supuesta ventaja de la intervención médica (en origen, masculina): la seguridad. Se instruye sobre qué es la analgesia epidural, y cómo y cuándo se la van a inyectar a la mujer. En cambio, como mucho, se le dedican unas pocas líneas a los ejercicios y demás métodos naturales (sin efectos secundarios) que disminuyen la sensación de dolor. Y ni una sola palabra a que la posición decúbito supino (tumbada boca arriba) incrementa de forma considerable dicho dolor o a que el ingreso hospitalario, el trato desconsiderado y las intervenciones médicas de rutina hacen que la embarazada segregue adrenalina, la hormona que inhibe la producción de oxitocina y de endorfinas, las llamadas hormonas del amor porque son cruciales a la hora de la ligazón emocional madre-hijo.

Según este sistema de asistencia perinatal, la mujer no puede hacer nada. Solo dejarse hacer por expertos. De este modo, se la trata como a una mera cigüeña que viene de París, como a la portadora de un bebé que, para posarse en su nido, precisa que le abran una vía, la tumben sobre una cama, la conecten a un monitor y la controlen. Como si la naturaleza pudiera ser sometida a un tempo arbitrado desde fuera.

Dentro de esta visión del alumbramiento como enfermedad, la analgesia epidural representa solo una pieza más del engranaje intervencionista del parto en España. Ofrecida al principio como

una conquista femenina, se ha convertido con el tiempo en una forma más de alienación de la mujer. Se la insensibiliza para que se comporte como una espectadora de su parto, no como lo que en realidad es: la protagonista absoluta de una vivencia única. Con la epidural, se cierra el círculo de la creencia obstétrica en la incapacidad de la mujer para parir con libertad. De tal modo, que el protocolo médico generaliza a todos los partos una serie de actuaciones en la mayor parte de los casos innecesaria, que provocan muchas más complicaciones de las que podrían aparecer sin su presencia. Enarbolando el lema obstétrico del miedo a un posible sufrimiento fetal, desde su ingreso en un centro hospitalario, una embarazada es sometida a multitud de intervenciones «por si acaso». El resultado de esta medicina preventiva que se adelanta a los acontecimientos, que pone una venda a una herida aún inexistente, es un índice de episiotomías y cesáreas que supera con creces, en nuestro país, el número establecido por la OMS como cifra máxima. Tanto es así, que del total de partos nacionales, las episiotomías supondrían un 70 %; las cesáreas, un 24 %, cifra que llega al 35 % en las clínicas privadas. Ambos porcentajes muy alejados del 10 % marcado como límite por la OMS, que no deja de recriminarle a España su tozudez en desoír las recomendaciones sobre el parto humanizado, avaladas por la ciencia.

¿Por qué se sigue empleando entonces un protocolo de actuación que no solo no está asentado sobre bases científicas, sino que además va en contra de éstas? ¿Por qué se intenta abreviar el tiempo físico que necesitan para separarse madre e hijo, después de nueve meses de estrecha unión? ¿Por qué se interviene por sistema y no únicamente en los casos donde estén en peligro el bebé o la madre? Porque se ha generado, a propósito, una cultura del dolor en el parto, una cultura del miedo al mismo, cuya pieza clave es una futura madre atemorizada ante el hecho del nacimiento en sí, justo para validar unas actuaciones que no poseen soporte científico alguno. Es decir, se pone como excusa a una mujer asustada y timorata que, ante el «terrible momento del parto» (según dicha cultura del dolor), necesita ser salvada de sí misma para no descontrolarse.

Este planteamiento intervencionista, que paradójicamente se ofrece a ayudar a la mujer negándole la vivencia responsable y consciente de su parto al despojarla del control sobre el mismo, se observa ya desde el inicio del embarazo, instante en que la voluntad de la futura madre deja de existir para pasar a ser una paciente sujeta a un rígido protocolo de actuación médica. Por ello, a toda

mujer que intenta hacer valer su derecho a un parto respetado, donde su voluntad sea tenida en cuenta, se la considera una hippie y el recurso más fácil es enviarla verbalmente a África. Qué insensatez: la mortalidad perinatal de este continente no se debe al proceso fisiológico del parto en sí, sino a las nefastas condiciones endémicas de insalubridad, falta de higiene, hambrunas, violencia hacia la mujer (violaciones y ablaciones, a la orden del día) que vertebran la inexistente salud sexual, etcétera. Por el contrario, a ningún defensor del parto medicalizado se le ocurre exclamar: «A Holanda te mandaba yo». O a Alemania. O a Inglaterra. O a Noruega. O a Suecia. Con toda probabilidad, porque son conscientes de que, con parecidas tasas de mortalidad perinatal que España, estos países mantienen empero unas cifras ínfimas de secuelas físicas y emocionales tras el parto, unidas, a su vez, a unos porcentajes inmejorables de satisfacción de las familias con respecto a la atención y trato recibidos durante el embarazo, parto y puerperio. ¿No habrá llegado la hora de que España entera se vaya metafóricamente hablando a Holanda? ¿No será ya el momento de suprimir las mesas de parto, con sus estribos, que obligan a la peor posición para parir y sustituirlos por los modos y maneras que pida el cuerpo de la mujer, orientada por la matrona u otro especialista? ¿No nos merecemos madres, padres y bebés una nueva cultura del nacimiento, donde este sea respetado en paritorios más cálidos y acogedores, con personal entrenado para convertirlo en un momento íntimo y único? Una cultura del nacer que tenga su reflejo en los planes de estudio. Pues no se trata de renunciar ni al apoyo de profesionales especializados ni a los avances tecnológicos, sino de alcanzar un sistema de atención al embarazo, parto y puerperio tan flexible como para otorgarle a la mujer la máxima calidez y autonomía personal en el momento más importante de su vida y de la de su hijo.

Humanizar el parto no es hacerlo más inseguro; es devolverle la dignidad y la alegría al nacimiento. Para profundizar en este punto y para tratar también de responder a todas las preguntas planteadas en estas páginas surgió este libro. No desde la óptica de un texto de carácter técnico exclusivo para profesionales implicados en la asistencia perinatal, sino desde una visión amplia —a la par que comprensible para cualquier hombre o mujer—; una visión multidisciplinar, amena y personal que, sin olvidar el aval científico, se centra en mi propia experiencia y en el testimonio de decenas de mujeres que cuentan aquí las dificultades de parir con naturalidad dentro de un sistema tecnológico que interviene por

rutina, a fin de que la mujer delegue en otros su poder a la hora de parir. Asimismo, se narran partos felices en los que las madres han dejado hacer a su instinto, escuchado a su naturaleza animal; así como diferentes puntos de vista acerca del parto humanizado y de las posibilidades reales de llevarlo a la práctica en los hospitales públicos y privados de nuestro país. Obstetras, ginecólogos, matronas, pediatras y demás personal médico que desarrolla su labor en torno a la atención al embarazo, parto y puerperio dan su opinión sobre el nacimiento respetado y sobre el actual sistema medicalizado que impera en España y en gran parte de América Latina. Tanto detractores como partidarios de ambos encuentran aquí un espacio para su voz. Ya que este libro no pretende aportar una concepción sesgada o partidista de las ventajas de un alumbramiento más humano. Será el lector el que, atesorando los datos, porcentajes, estudios científicos y reflexiones ofrecidos, extraiga sus propias conclusiones. Este quizá sea uno de los aspectos fundamentales que distinga a este texto de los estudios escritos, en nuestro país, por profesionales de la salud afines al parto no medicalizado.

Este libro no es solo para embarazadas, es para todos esos hombres y mujeres que confían en trasladar a la atención perinatal una cultura del nacimiento sin violencia. Si bien a mí, desde luego, me hubiera gustado encontrarme con páginas como estas, con sus explicaciones fáciles y rigurosas, con sus historias narradas en primera persona, cuando estaba encinta y no sabía a quién acudir. Aunque intuía que esperaba del parto algo muy distinto de lo que me era dado.

Mi hija y yo tuvimos mucha suerte. Fuimos unas privilegiadas: disfrutamos con plenitud de su nacimiento. Sin embargo, un parto respetado no debería depender de la suerte; no tendría que constituir un privilegio. En la práctica, el derecho de la mujer a decidir cómo parir, habría de verse reflejado en un sistema sanitario que la rodeara de un ambiente muy parecido al que la envolvió a la hora de engendrar a su bebé. En este sentido, afirma Sheila Kitzinger que «dar a luz es un íntimo acto de amor, y el lugar adecuado para hacerlo es un lugar donde uno podría hacer el amor». Es más, apunta Laura Gutman en *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*: «El mundo podrá transformarse, llegaremos a Marte, Júpiter o Neptuno; pero necesitaremos siempre nueve largos meses para gestar a nuestros hijos». Para qué, por tanto, un desenlace rápido a un proceso que necesita y seguirá necesitando su tiempo. Y que seguirá, además, teniendo los dos

mismos protagonistas: una madre, uno o varios hijos. En cambio, si en España se persiste en identificar a una embarazada con una cigüeña, con una simple mensajera que no tiene voz ni voto sobre el bebé que porta; si se continúa silenciando y maniatando a la mujer con la técnica, haciéndola desconfiar de su instinto, separándola de su poder inmemorial, de su historia, se privará a esta de gozar de un parto más libre y responsable. De descubrir la perfección de su cuerpo, preparado todo él para dar la vida.

CAPÍTULO DOS

Los controles del embarazo

Nueve historias en primera persona

> *Después he podido comprobar que las vacunas que me inyectaron no eran necesarias. Simplemente, estaban en plena campaña de vacunación y sabían que, con decirme que era bueno para mi bebé, acudiría corriendo. Me sentí traicionada.*

En una de las revisiones del segundo trimestre del embarazo, el ginecólogo se quedó tomando notas en mi cartilla sanitaria y hablando con una auxiliar mientras un residente me hacía la ecografía. Tras varios «hum» y algunos «esto ya está», sin responder a mis preguntas sobre cómo estaba mi hijo, giró el monitor para que pudiera verlo. «Como siga creciendo a este ritmo, lo suyo será una cesárea. El bebé es enorme». Con mis ojos clavados en la pantalla, no daba crédito a lo que estaba observando: en vez de medirle el fémur para calcular la talla y el peso (atendiendo a las tablas pertinentes), le estaba midiendo la longitud de la pierna entera con un indicador posicionado a cada extremo de la misma. Mi hijo no era enorme. Lo que sucedía era que él no sabía cómo realizar la medición de un feto.

(TRINI)

Había ido a mi centro de salud para que me hicieran la ecografía en la que se estudiaba la morfología de los órganos del bebé. «La ecografía de las ecografías», me había informado un tocólogo en la cita anterior. «Este es el corazón», me dijo amablemente la ginecóloga, después de colocar la pantalla del ecógrafo en una posición que me permitía ver a mi hija. «Y estos, los riñones». Siguió indicándome órganos aquí y allá, pero como yo no podía distinguir lo que ella me señalaba, debido a lo borroso de la imagen, le pregunté: «¿Está todo bien?». «Eso no puedo saberlo», me respondió sin mirarme. «Solo se ve que los órganos están, no cómo *están. Lo que tenemos aquí es un ecógrafo de nivel I, el básico». Me limpié el gel del abdomen y me vestí más intranquila de lo que estaba al entrar a la consulta. ¿Para qué nos enviaban a una revisión si no disponían de la tecnología necesaria para realizarla?*

(AZUCENA)

«¿Cuánto hace que no te pones la vacuna del tétanos?», me preguntó la matrona. «Mucho», dije sin acordarme muy bien, «creo que estaba en el instituto». «Entonces han pasado más de diez años. Tienes que ponértela: ahora, en el séptimo mes y después al año, como refuerzo». Mientras escribía las dosis en mis documentos de embarazo, le pregunté si era

necesaria. «Hombre, claro; preguntáis unas cosas…», me contestó subrayando con rotulador fluorescente las fechas anotadas. «Por eso la ponemos; por vuestro bien». Después, he podido comprobar que las vacunas que me inyectaron no eran necesarias. Simplemente, estaban en plena campaña de vacunación y sabían que, con decirme que era bueno para mi bebé, acudiría corriendo sin rechistar. Me sentí traicionada.
(ESTHER)

Fue el pasado 4 de febrero; jamás lo olvidaré. Me acababan de practicar una ecografía. De vuelta a la mesa, el ginecólogo anotó algo en mis documentos de embarazo, luego levantó la vista y me anunció que el espesor de la nuca de mi bebé y la longitud de sus piernas indicaban, «casi con toda seguridad», la existencia de anomalías cromosómicas. El abrigo resbaló de mis piernas pero no me agaché a recogerlo. Estaba paralizada: ¡mi hijo! ¡Por qué mi hijo! Como pude, le pregunté qué significaba «casi con toda seguridad». Me respondió que tenía un 50 % de posibilidades. Creo recordar que le dije: «Entonces hay muchas posibilidades de que esté bien». Sin responderme, me recomendó la amniocentesis. Nada más salir de la consulta, llamé a una amiga ginecóloga que estaba de viaje. Me tranquilizó: «A mi regreso, te vienes al hospital y te hacemos un triple screening*». A los seis días, me lo hicieron, como un favor, porque no entraba por la Seguridad Social. Cuando acabaron sus citas, me repitió la ecografía. El espesor de la nuca era absolutamente normal, al igual que la longitud de las piernas de mi bebé. A la semana, ya teníamos los resultados del* screening*: una probabilidad ínfima de padecer alguna anomalía. «Una entre siete mil», aclaró mi amiga. «Es una de las más bajas que he visto en mi carrera». Mi hija (fue niña) nació completamente sana. Nunca llegué a hacerme la amniocentesis.*
(ROCÍO)

El doctor me preguntó la fecha de mi última menstruación. Se la dije. «Hum», aclaró pensativo, «no coincide con el tamaño del embrión. Pida que le den cita para dentro de dos semanas». «¿El bebé está bien?», pregunté casi sin voz. «Hay que ver la evolución, aunque lo más probable es que en dos semanas tengamos que hacerle más pruebas». Esperé dos semanas. Me morí de miedo en esas dos semanas. El día de la cita no estaba el médico que me atendió la última vez. «No encuentro nada anormal», me tranquilizó su sustituto. «Eso sí, usted ha perdido peso. ¿Come bien? Porque, si no, tendremos que controlárselo». Con los nervios, había bajado un kilo.
(SAGRARIO)

Me llamaron un viernes a las dos de la tarde. «Hay que repetirle los análisis urgentemente. Véngase el lunes», me dijo una voz neutra, profesional. «¿Algo va mal?», me atreví a preguntar. «Yo a eso no le puedo responder por teléfono», aclaró antes de colgar. Eran los últimos análisis antes de la fecha prevista para el parto, así que pasé todo el fin de semana angustiada. El lunes, fui al ambulatorio para que me extrajeran sangre de nuevo. «En una semana tendremos los resultados», me anunció la enfermera. Esperé la semana completa, en un sinvivir. Cuando la ginecóloga tuvo delante los datos de las dos analíticas, me comunicó como quitándole importancia a mi nerviosismo: «Han bajado un poquito, aunque siguen altas». «¿Quiénes?», pregunté con la boca seca. «Las transaminasas. Le pasa al 90 % de las embarazadas. De todos modos, le vamos a hacer otro estudio: por si el bebé le está oprimiendo el hígado». Otros dos tubitos de sangre y una semana más de infarto. «Siguen más o menos», me anunció con esta tercera prueba en la mano. «¿Entonces?», balbuceé como pude. «Nada, nada. No hay ningún otro valor que haga indicar nada anormal», concluyó antes de despedirme. «El próximo pinchazo será ya el de la epidural».
(LUISA)

En el quinto mes de embarazo, me realizaron el test de tolerancia a la glucosa, la llamada curva de azúcar. Al pincharme el dedo, después de haberme tomado un vaso de una bebida especial de glucosa, di un nivel de 142. «Qué mala suerte», me anunció la enfermera al ver esta cifra. «Tenemos que mandarte al hospital para que te hagan la curva larga de glucosa. Todas las embarazadas con 140 o más tienen que hacerse este otro estudio». Le dije que yo me encontraba perfectamente y que había leído que esos niveles en la curva corta se debían a que no se había dejado al organismo el tiempo suficiente para asimilar la glucosa. Y que, por tanto, no había necesidad de más estudios. Me contestó que sí, que sí, que yo tenía toda la razón del mundo, pero que en ese centro de salud se enviaba al hospital de referencia a toda «paciente» que daba 140 o más, «por si acaso». A la semana, acudí obediente al hospital. Media hora después de haber tomado la bebida que me dieron (esta vez en una botella), empecé a sentirme mal. Me mareaba. Me tumbaron sobre una camilla en la que ya estaba echada una mujer y nos taparon a las dos con una sábana. En una camilla vecina había otras dos embarazadas; a su vez, seis sillas estaban ocupadas por futuras madres con mareos y náuseas. Después de que me pincharan el dedo para ver el nivel de azúcar en mi sangre, le pregunté a la enfermera cuándo estarían los resultados. «En unos diez días tendrán todo el estudio en tu centro. Pero no te preocupes», me confesó sonriendo, «todo parece estar bien. Entre nosotras: ¡no sé por qué os envían al hospital a la mayoría!».

(ELENA)

«Léelo y luego me lo traes con tu firma», me pidió el ginecólogo extendiéndome el consentimiento informado para la amniocentesis. Le dije que no iba a hacerme esa prueba solo por tener treinta y cinco años. Pareció enfurecer: «Lo primero que tiene que ser una madre es responsable», dijo airado. Argumenté que yo era responsable, tanto que no quería que me punzaran la pared del abdomen para extraer líquido amniótico. Sabía de los riesgos, para mí innecesarios habida cuenta que fueran cuales fueran los resultados yo iba a tener a mi bebé. «Os creéis todo lo que os dicen en la calle, las amigas, las vecinas…», dijo con el dedo índice apoyado sobre la parte superior del documento. No le dije que había leído mucho sobre el tema y que lo que sabía lo sabía por mí, no por las vecinas. «Si el feto tiene anomalías cromosómicas, aquí no vengas pidiendo responsabilidades», apuntó echándose hacia atrás en la silla. «Escribe aquí que te niegas a hacértela y firma debajo». Me indicó un espacio en blanco, al final de la hoja. Escribí con mayúsculas: «NO A LA AMNIOCENTESIS». Debajo, puse mi firma. Después supe que no tenía por qué haber escrito mi rechazo a hacerme esa prueba. Solo era necesario rellenar esa casilla si se estaba de acuerdo con ella.

(SARA)

«Buenos días». «Buenos días». El ginecólogo de mi centro de salud me explora el útero, capta imágenes por ultrasonido. «Bien, ya puedes vestirte». Me visto. Comienza a anotar los datos sobre las semanas de embarazo, la talla del fémur de mi bebé… y entonces disparo: «Perdone, a la hora de parir en el hospital G», el de referencia, el que me toca, donde atiende él, «¿es mejor haber hablado antes con los responsables para que mi parto sea natural o se le comunica a la matrona nada más llegar?». El médico deja de tomar notas. Me mira hipnotizado, con disgusto. «Si no quieres epidural, allá tú. Los dolores de parto van a ser para ti», dice. Prudente, insisto: «No solo la epidural, tampoco ninguno de los otros elementos del parto medicalizado». Suelta un «lo que hay que oír. Pide lo que quieras: el caso que te van a hacer es el mismo». «Solo lo pregunto por si tengo que hacerles llegar antes mi plan de parto», sugiero (ahora me doy cuenta) con una inocencia bárbara. Nuevo silencio. Carraspeo. Mirada despectiva cómplice a la auxiliar. Luego, se decide: «¿A qué te dedicas?». «Soy periodista». «¿Cómo te sentaría que yo fuera a tu periódico y te dijera cómo tienes que escribir un artículo?». «No es lo mismo», le digo. «Yo tengo derecho a ser tratada humanamente en mi parto y a que mi voluntad sea tenida en cuenta». «Sus derechos me los…», supongo que va a decir me los paso por algún sitio pero opta por callar en el último momento. «Vente al hospital y

tráete lo que quieras. Te estaremos esperando». Lo dice con un tono que asusta. Subraya: «Sobre todo yo». No fui a parir al hospital G. Parí en casa y fue la experiencia más maravillosa de mi vida. Mi mejor amiga sí lo hizo; parió en el G con todo su repertorio de asistencia al parto: rasurado del pubis, enema, oxitocina, epidural, tactos vaginales múltiples de los estudiantes de prácticas en el hospital, episiotomía, fórceps, nada de ponerte piel con piel al bebé nada más nacer… No llevaba plan de parto, aunque «no hubiera cambiado nada», me cuenta con voz muy débil. Luego se calla, durante días.

(ENCARNA)

El pánico a las visitas prenatales

> *Constantemente recibo llamadas telefónicas de mujeres que se encuentran en estado de ansiedad tras una visita de control prenatal. La raíz de tan extendido efecto nocivo se encuentra generalmente en la ignorancia.*

Los médicos especializados en el embarazo y el parto cuentan con multitud de técnicas a su alcance para el control del feto y con el interés obsesivo de la futura madre por ir conociendo la evolución del bebé dentro de su útero. Una gestación es el encuentro explosivo de dos mundos, de cuyo impacto surge una entidad nueva: el binomio madre-bebé. La naturaleza, para hacer frente a este choque corporal, altera las percepciones emocionales y sensitivas de la mujer, haciendo que esta se vaya adaptando poco a poco a la idea de la maternidad. De tal manera que el proyecto de hijo pueda madurar en su interior a lo largo de las semanas. Con ese mismo fin protector del equilibrio de la díada madre-bebé, la naturaleza dota a la embarazada de un poder instintivo para componer una imagen mental de su hijo. Idílica, pero real para ella en todo caso. Por eso, ante la más rudimentaria ecografía obstétrica e incluso aunque no posea conocimiento alguno sobre embriología, la madre (con el tiempo) es capaz de reorganizar variables matemáticas, planos de corte en blanco y negro, cifras y datos aislados a fin de dar cuerpo a un bebé para cualquier otra persona irreconocible. Donde otro solo vería unos bultos emborronados de grumo, ella es capaz de distinguir a su hijo. «¿No ves?», dice, «ahí está su mano apoyada sobre la sien izquierda». Donde nadie ve nada la futura mamá lo ve todo.

Una embarazada es una vidente que desafía a la razón haciéndose consciente de la grandeza mágica de sus súper poderes,

de los que carecen los demás mortales. Sin embargo, este deseo desenfrenado de hacerse una composición de lugar de la figura de su hijo, de saber a su vez cómo se encuentra, juega en su contra en el cosmos del embarazo entendido como enfermedad. Mientras que la embarazada persigue en la pantalla del ecógrafo la sombra de la figura de su bebé, el especialista indaga las posibles patologías. Para la madre es un hijo en formación; para el obstetra, un feto sujeto a una potencial malformación. Para la madre es un embarazo con un desarrollo normal; para el obstetra, cualquier embarazo es susceptible de torcerse en cualquier momento. Es decir, todo embarazo es normal hasta que deja de serlo. Todo embarazo es, por tanto, en esencia patológico. Según el profesor José Manuel Bajo Arenas, presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), nunca se puede saber a priori cuándo van a ser «normales» el embarazo y el parto. «Estadísticamente, entre un 20 y un 30 % de los embarazos son de riesgo, pero eso no quiere decir que el otro 70 u 80 % no lo puedan ser» (entrevista publicada en *El País Semanal*, el 25 de marzo de 2007). Y como el trabajo del ginecólogo consiste en escudriñar el punto por el que una gestación puede desviarse, se pone manos a la obra con intensidad y esmero. Toma muestras de sangre, de orina, de líquido amniótico, de tejido uterino, de material recogido de la zona de la vagina y del recto e imágenes en dos dimensiones, en tres y hasta en cuatro del desarrollo fetal. Por protocolo médico, cada embarazo (y mucho más aquellos que así lo aconsejan, por ejemplo, los antecedentes de la madre, su edad avanzada, si es Rh–, la herencia genética, la gestación múltiple…) es sometido a unos estadios de control exhaustivo.

El embarazo tecnológico ha traído a las futuras madres adelantos valiosísimos a la hora de determinar cualquier anomalía en la gestación. Ha traído la ecografía, con la que se puede diagnosticar gran parte de las malformaciones morfológicas o físicas del feto; los marcadores bioquímicos, gracias a los cuales cabe sospechar la existencia de ciertas anomalías fetales; la amniocentesis y la biopsia de corion, realizadas para detectar alteraciones cromosómicas; el test de VIH, el de la rubeola, el de la hepatitis; el análisis del grupo sanguíneo, fundamental en la determinación del Rh; el estudio de la presión de la sangre con instrumento electrónico, que descarta la hipertensión inducida por el embarazo; el test de tolerancia a la glucosa, que detecta la presencia de diabetes gestacional y un sinfín de exámenes más. Pero los avances tecnológicos también han portado consigo su empleo

rutinario y fisuras a los dictámenes médicos, muchas y algunas muy graves. Han traído errores, cuyas consecuencias no son tenidas en cuenta la mayoría de las veces. Solo la mujer las sufre. Adelgaza fruto del nerviosismo, de la angustia por un diagnóstico dado «casi con toda seguridad», que en definitiva sugiere una probabilidad del 50 %. Es ella la que se desespera durante semanas aguardando los resultados de unos análisis sanguíneos cuyos niveles de transaminasas posee el 90 % de las embarazadas. Ella la que es enviada a «la ecografía de las ecografías» para que el especialista estudie la forma de los órganos del bebé con el equipo técnico más elemental y que no sirve para el fin que se persigue. Ella la que escucha «placenta baja», «corion anterior», «líquido amniótico en leve exceso», «diabetes gestacional», «pre-eclampsia», «niveles altos de albúmina», «estreptococos», «espesor de la nuca de 1,5 milímetros» y su mente transforma estos diagnósticos ofrecidos al desgaire, sin ningún tipo más de información, en una enfermedad crónica grave. Más aún cuando es sometida a un estudio tras otro, pues se da el caso de que cada prueba conduce a otra que confirme el diagnóstico o más bien lo instale en la certeza. Por lo cual, en infinidad de casos, la embarazada es introducida en un círculo vicioso de diagnóstico-prueba-diagnóstico-prueba del que no sabe cómo escapar.

Y todo ello no es la historia real de nueve mujeres escrita en primera persona en las páginas de un libro; es un hecho tan habitual en las revisiones del embarazo que, por común, es mantenido en el anonimato más absoluto. Es el pánico de la futura madre a la consulta obstétrica, su angustia después de esta. Es lo que el prestigioso obstetra francés Michel Odent, fundador del Centro londinense de Investigaciones Primarias de la Salud, en su artículo «El efecto *nocebo* del cuidado prenatal», define como «*antenatal scare*» frente al *antenatal care*; la *amenaza* prenatal frente al debido cuidado prenatal. «Constantemente recibo llamadas telefónicas de mujeres que se encuentran en estado de ansiedad tras una visita de control prenatal», apunta. «La raíz de tan extendido efecto nocivo en los cuidados prenatales se encuentra generalmente en la ignorancia». A muchas de esas mujeres se las hubiera podido tranquilizar solo con acudir a la medicina basada en la evidencia. De ahí que Michel Odent se preocupe porque muchos de sus colegas obstetras parezcan «incapaces de analizar los valiosos estudios epidemiológicos». Estudios que hacen hincapié de forma reiterada en que los factores emocionales influyen en la calidad de la vida fetal. La placenta, el Mister Proper de las bacterias, deja pasar en

cambio la adrenalina. O lo que es lo mismo, el desarrollo del bebé en el útero se halla estrechamente ligado al estado anímico de la madre. Hasta tal punto, que desde la Fisiología se interpreta que cuando una mujer embarazada está deprimida o agobiada ante una situación tiende a segregar niveles elevados de algunas hormonas como el cortisol, un inhibidor del desarrollo fetal.

Para Odent, esta «ceguera» médica tiene que ver con una gran ignorancia de las funciones cruciales de la placenta, de su labor de «abogado del bebé» al modificar sin descanso el funcionamiento del organismo de la embarazada en beneficio de su hijo. Así pues, cuando un especialista equipara una respuesta puntual del organismo de la mujer encinta con una enfermedad, para la que llega incluso a recetar medicamentos, puede estar generando un riesgo que antes no existía. Pongamos un ejemplo: cualquiera de los profesionales dedicados a la asistencia en el embarazo, al comunicarle a una mujer que tiene alta la tensión arterial, puede desenvolverse de dos maneras: presentándolo como una disfunción (pre-eclampsia) que ha de ser corregida con un medicamento antihipertensivo o explicándole a la embarazada que a medida que la gestación progresa suele aumentar la tensión arterial. Pero dicho aumento no es real, pues al haber disminuido esta en el primer trimestre lo que hace, en los dos siguientes, es volver a sus niveles normales. En el primer caso, un diagnóstico pasajero, fruto del propio embarazo, es mostrado con un mensaje negativo, como una mala noticia; como una enfermedad que necesita cura y que angustiará a la futura madre suponiendo para ella un estrés añadido que mantendrá constante esa tensión o la elevará aún más. Ello sin tener en cuenta a su vez uno de los efectos negativos que, sobre el embarazo, provocan los medicamentos empleados para disminuir la tensión: un aumento de los bebés con bajo peso. En el segundo caso, el mismo diagnóstico se ofrece como lo que en realidad es: una alteración transitoria del organismo de la madre. Tal y como sugiere Odent, en vez de medicar se informa a la mujer de que si se padece hipertensión gestacional aumenta la presión de la sangre, pero que un aumento de esta, por sí solo, al final del embarazo no implica que se padezca pre-eclampsia, aunque después pueda terminar en ella. Con la tranquilidad aportada por esta información se evitan los medicamentos y un plus de nerviosismo, cuyos efectos adversos pasarían al hijo. Por eso el Ministerio de Sanidad, en su recién estrenada *Estrategia de Atención al Parto Normal*, incide en que, desde el comienzo del embarazo, «las mujeres y sus parejas deben disponer de la información sobre el proceso fisiológico de la

maternidad y su capacidad natural. De este modo, se evitarían miedos e incertidumbres y se favorecería una vivencia satisfactoria del embarazo y una orientación hacia un parto normal, redirigiendo la demanda de un parto intervenido sin justificación».

Con datos como estos sobre la importancia del bienestar anímico de la futura madre, no solo para su salud sino también para la del bebé que espera, se antoja incomprensible que muchos profesionales del ámbito de la asistencia prenatal no hayan entendido todavía que una de sus funciones, quizá la más importante, es la de proteger el estado emocional de las gestantes. Porque, si no, su trabajo en vez de ayudar al buen transcurrir de la gestación puede perjudicarla, ofreciendo como diagnósticos irrefutables lo que solo son alteraciones orgánicas de carácter temporal. El especialista ve un mal donde la abundante literatura científica ha comprobado que existe únicamente una adaptación fisiológica al embarazo. De ahí que el profesor británico John Jarret en una carta enviada al *American Journal of Obstetrics and Gynecology* los llame «diagnósticos en busca de una enfermedad», refiriéndose en concreto a la tan socorrida diabetes gestacional y, por extensión, a todos los demás diagnósticos (como el de pre-eclampsia) que olvidan que la placenta modifica el organismo de la madre en función de las necesidades del bebé.

Por otro lado, como señala Mardsen Wagner, ex director del Departamento de Salud Materno-Infantil de la OMS, disponer de la tecnología necesaria, tenerla al alcance de la mano, no implica usarla siempre y en todos los casos de forma indiscriminada. «Hacer entrar a las mujeres encinta en hospitales equipados con todo un material tecnológico importante conlleva el riesgo de que este sea utilizado, aunque la mujer no lo necesite. Este empleo puede conducir a un diagnóstico inoportuno y dar lugar, por lo tanto, a un tratamiento inapropiado. El número de tests practicados durante el embarazo es cada vez más elevado, y sin embargo la ciencia médica nos demuestra que no todos estos exámenes son de una necesidad absoluta. [...] El riesgo es el garrote que se utiliza para asustar a las mujeres y a los funcionarios de la salud». De este modo, cualquier avance técnico surgido al servicio del hallazgo de potenciales patologías puede banalizarse al punto de devenir la respuesta a todas las preguntas, por muy triviales que estas sean. Algo parecido —aunque sin el cariz de lo trivial— es lo que ha sucedido con la amniocentesis. Una prueba que consiste en la extracción de una pequeña cantidad de líquido amniótico a través de la punción de la pared abdominal de la madre. El análisis de las células fetales

contenidas en él detecta cualquier alteración de origen genético (entre ellas la más frecuente es el síndrome de Down) y el sexo fetal. Además, en el líquido obtenido se estudian una enzima (la acetilcolinesterasa) y una proteína (la alfafetoproteína), cuyos niveles pueden significar un riesgo más elevado de padecer algún defecto del tubo neural, como la espina bífida (abertura anómala en la columna del bebé).

Después de practicada una amniocentesis (para la que se requiere el consentimiento de los padres), se recomiendan al menos dos días de reposo porque puede haber riesgo de aborto; muy bajo (en torno al 1 %), pero la espada de Damocles sobre la posible pérdida del bebé existe. Para conocer sus resultados es necesario esperar de dos a tres semanas. A simple vista, por tanto, parece una prueba invasiva y complicada (algunas veces se necesitan varios intentos para la extracción del líquido amniótico), que entraña sus riesgos y que encima mantiene a la embarazada en vilo durante quince o veinte días, con el consiguiente estrés emocional, que, como se ha visto, puede repercutir de forma negativa en el desarrollo del feto. Sin embargo, dentro de la concepción del embarazo como patología, ha llegado a realizarse por rutina (dependiendo de la comunidad autónoma donde es atendida la mujer) a toda embarazada que tiene treinta y cinco años o los supera. Aun con la postura en contra de la SEGO. Si bien es cierto que las probabilidades de tener un hijo con síndrome de Down o con espina bífida se disparan una vez superados los treinta y cinco o cuarenta años (ya con 45 el riesgo es de 1:15, según el Hospital General Gregorio Marañón, de Madrid), también lo es que este dato per se no significa una certeza sino una mera probabilidad.

En bastantes ocasiones los médicos presionan a los padres para que consientan en llevarla a cabo, ahondando en su deber como buenos progenitores de perseguir lo mejor para su hijo. «Yo no se la recomendaría a mi mujer a no ser que en su embarazo concurrieran bastantes elementos que hicieran pensar en una posible anomalía genética», argumenta un ginecólogo de la asistencia prenatal de la Seguridad Social. «Cuando mis colegas de profesión me oyen hablar así piensan que soy del Opus». ¿Qué es lo mejor para un hijo, que los padres conozcan la posible existencia de síndrome de Down o de otra anomalía en los cromosomas? ¿Con qué finalidad? Porque el riesgo de aborto en ese periodo de la gestación es ya menor, los especialistas recomiendan hacérsela sobre la semana decimoquinta. De forma que los padres y el equipo médico puedan prepararse para recibir a un bebé con problemas, en el supuesto de que el resultado

sea positivo. No obstante, un sector de profesionales sugiere que bajo la elección de este momento del embarazo se esconde la posibilidad de que los padres opten por interrumpir el embarazo antes de la semana vigésima cuarta. Lo que no deja de ser una decisión que traspasa la medicina para adentrarse en el terreno de las convicciones morales o religiosas. ¿Y si unos padres no quieren saber si su bebé padece algún tipo de anomalía cromosómica porque sean cuales sean los datos aportados por la amniocentesis seguirán adelante con el embarazo? A nadie más que a ellos le compete esa decisión, que ha de ser tomada desde luego sin presiones y sin ligerezas estandarizadas por protocolo.

Como alternativa, algunas comunidades autónomas y seguros médicos privados ofrecen el test combinado, que no implica riesgos y que, sin embargo, mediante una ecografía ayuda a evaluar la posibilidad de una alteración en los cromosomas. El test combinado no es una prueba invasiva. Se realiza, entre la semana undécima y la decimotercera, partiendo de un análisis sanguíneo que combina la medición de dos sustancias, a la que se le une la ecografía mencionada, para estudiar el pliegue de la nuca fetal, y la edad de la gestante. Con todos estos parámetros se obtienen las probabilidades de que exista una patología genética. Pues bien, siendo una práctica que no conlleva las complicaciones de la amniocentesis, todavía quedan comunidades autónomas que no la recogen dentro del sistema público de salud. Quizá por ello no la ofrezcan muchos especialistas, lo que no quiere decir que no deban informar sobre ella como una opción de descarte previa a la amniocentesis o que, atendiendo a sus resultados (o a los deseos de los padres), incluso excluya a esta.

No obstante, si hemos de hablar de la banalización de la tecnología médica en el embarazo, y de sus riesgos, y de sus fallos, y de la consiguiente angustia para la madre que puede derivarse de ellos, la que sin duda se lleva el primer premio es la ecografía obstétrica. Ideada para descubrir malformaciones gestacionales atendiendo al principio del ultrasonido, se ha transformado con la extensión desmedida de su uso en el embarazo moderno en una especie de ventana abierta al útero, en un ojo de buey a través del cual se ve la vida uterina con su líquido amniótico similar al agua del mar. Las hay de todo tipo: en blanco y negro, a color (ecografía y velocitometría Doppler); en dos dimensiones, en tres, en cuatro (tres dimensiones con movimiento en tiempo real). Sin embargo, aún en bastantes centros públicos de salud, para las revisiones del embarazo se dispone de un ecógrafo de nivel I, el más básico, al que

un poco de imaginación y un mucho de agudeza visual le vienen de perlas. De ahí las múltiples equivocaciones que genera. «Te acabas acostumbrando», comenta Ana G., una ginecóloga con más de quince años de experiencia en el control prenatal. «Es cuestión de fruncir el ceño, pegar los ojos a la pantalla y rezar para que esa mañana la embarazada no se haya extendido por el abdomen la crema anti estrías».

La proliferación de su uso parte de una idea errónea, la de que un control agobiante del desarrollo del feto a través de imágenes por ultrasonido tiene que ser más seguro para aquel. Y es errónea porque los estudios científicos han demostrado lo contrario. En concreto, uno publicado en la revista de ciencia *The Lancet* el año 1993 fue sorpresivamente esclarecedor. Lo llevaron a cabo especialistas australianos que trataban de medir el impacto de las ecografías sistemáticas y continuas durante el embarazo. Su hipótesis inicial era que cuanto mayor fuese el número de ecografías y, por ende, el control prenatal, mayor beneficio obtendría el feto. Así que eligieron a dos grupos de recién nacidos: las madres del primero (1.415 mujeres) se habían sometido a cinco exámenes completos por ultrasonido (ecografía y velocitometría Doppler) a lo largo de la gestación, mientras que las del segundo (1.419 mujeres) solo habían pasado por una revisión ecográfica, a las dieciocho semanas, destinada a determinar el tiempo del embarazo. Su sorpresa fue mayúscula al descubrir que, contra su pronóstico, los niños que habían estado expuestos a más vigilancia ecográfica durante su estancia en el útero tenían un promedio de peso inferior. Así que la tecnología que iba a revolucionar el control del desarrollo fetal también tiene sus efectos perversos, límites enormes a esa capacidad que se le presupone de sabelotodo.

Nadie pone en entredicho, desde luego, su intención bienhechora en origen. Por eso, en nuestra sanidad pública, se realizan actualmente tres ecografías a lo largo del embarazo. No en vano se ha señalado hace poco que una parte de la mortalidad perinatal de Holanda se debe a que, en este país, no se realizan estudios para diagnosticar posibles malformaciones fetales. Lo que no impide incidir en que, en la práctica privada, los obstetras la utilizan como si fuera la televisión de su salón comedor. Por las noches ven una película de ciencia ficción; durante el día, por ultrasonido, registran imágenes que muy bien pudieran pasar por un objeto volante no identificado. Con todas sus limitaciones, pareciera, empero, que bastantes ginecólogos no pueden pasar sin ella incluso para confirmar diagnósticos de embarazo, ya en la

quinta o sexta semana del mismo. Si ya de por sí es difícil ver algo, verlo en la quinta o sexta semana es un milagro… o una temeridad.

«El test de embarazo dio positivo. Y, como en la Seguridad Social no me hacían una ecografía hasta la undécima semana, pedimos cita para que nos atendiera un ginecólogo privado», cuenta Nuria Angulo, que parió en marzo de 2008. «Todas mis amigas se habían hecho como mínimo una al mes con su tocólogo particular. Y, desde luego, la primera antes de la semana séptima. Aunque todas reconocían que creaba una especie de adicción, que después estabas deseando hacerte otra para ver de nuevo al bebé. Incluso con esa advertencia, fuimos. Yo estaba de seis semanas. Se veía que en el ecógrafo no había invertido mucho dinero o que ya se había quedado desfasado porque el equipo no era muy moderno. Pese a que parecía imposible distinguir la imagen mostrada en la pantalla, el médico nos anunció algo así como que el huevo estaba agarrado. Abonamos cien euros y nos fuimos a casa. Durante el camino de vuelta no tuve fuerzas para decirle a mi marido que hubiera preferido no ir: estaba angustiada porque no había podido ver cómo era mi hijo con seis semanas (un huevo o lo que fuera entonces) y tampoco a dónde se había agarrado. Tenía ganas de llorar. Creo que mi marido sentía lo mismo».

Así las cosas, no es de extrañar que algunos obstetras europeos, entre ellos el profesor Jean Pierre Relier, critiquen este abuso de la tecnología médica: «La máquina, inventada para responder a necesidades reales (el diagnóstico temprano de ciertas malformaciones), se utiliza finalmente con otros propósitos, eventualmente para paliar las ineptitudes clínicas de sus usuarios».

CAPÍTULO TRES

El parto en España a la luz de las recomendaciones de la OMS y de la medicina basada en la evidencia

Cómo es atendido un parto

Un nacimiento en el camarote de los hermanos Marx

> *A veces intento reírme pensando que, más que un cuadro clínico, me dejaron hecha un cuadro.*

Me llamo Concha pero desde que nació mi hija me gusta pensar que mi nuevo nombre es el de «mamá de Manuela». Hace tres años, parí en un hospital universitario público de cuyo nombre no quiero acordarme: todavía tengo muy presentes cada una de las secuelas físicas y psíquicas que allí me provocaron. Molestias dolorosas en la zona de la vagina que me impiden disfrutar en las relaciones sexuales (fruto de los puntos de la episiotomía), insensibilidad en la zona del bajo abdomen por la cesárea de urgencia, imposibilidad de llevar a cabo la lactancia materna (me separaron de mi hija nada más nacer; me la trajeron después de muchas horas y ya le habían dado varios biberones) y depresión postparto. A veces intento reírme pensando que, más que un cuadro clínico, me dejaron hecha un cuadro. Sin embargo, no puedo reírme. Aún no, incluso después del tiempo transcurrido.

Me enviaron al hospital, a una revisión, porque se habían cumplido diez días de la fecha prevista para el parto. Un ginecólogo rodeado de estudiantes (les hablaba a ellos, no a mí) dijo que el bebé estaba muy bajo. «Oligoamnios», escuché con todos mis sentidos alerta, nerviosa y avergonzada de que hubiera tanta gente inspeccionándome. Le cedió el turno a un mir *que corroboró el diagnóstico: oligoamnios. Los demás asintieron como si participaran de un secreto al que yo era ajena. Pregunté qué sucedía. A una mirada del ginecólogo, el estudiante se dispuso a informarme: «El líquido amniótico está disminuyendo». «Por debajo de 9», añadió en voz alta. A él se le veía feliz con la práctica del tacto vaginal; yo estaba deseando que acabara. Me anunciaron que había que estimular el parto. Llamaron a una auxiliar para que me pusiera un enema, y me llevara a la sala de dilatación, donde me rasuraron el vello púbico, me conectaron a un monitor y me abrieron una vía «para el suero». Después he sabido que no era suero sino oxitocina. «Tumbadita sin moverte. Verás qué rápido va todo». Eran las ocho, a las diez me rompieron la bolsa para que fuera «más rápido». A las doce empezaron los tactos sin tacto, se veía a la legua que los estudiantes estaban ante su primera vez. Solo un centímetro de*

dilatación, pero yo ya me moría de dolor. Mucho tiempo después, dos centímetros. Llamaron al ginecólogo. Me inspeccionó de nuevo: mi vagina, endurecida, era un campo de prácticas que no dilataba al ritmo que ellos le pedían. Si no avanzaba más deprisa, me harían una cesárea. Se fue el ginecólogo. Volvió el ginecólogo. Tacto. Tacto. Tacto. En uno de ellos, yo, contraída por la falta de intimidad y por tanto reconocimiento, me quejé de dolor. Al médico le sentó fatal: «Lo hacemos por tu bien, ¿eh? Parir es esto; parece que no os lo enseñan». Por mi bien, me pusieron la epidural y derechita a la sala de partos. «Ahora, empuja. Vamos, empuja, que no ayudas nada». «Un Kristeller, que esta no colabora», dijo alguien. Yo en esos momentos ya había perdido la noción del tiempo y del número de personas que me rodeaban. Ya no era Concha, la futura mamá de Manuela; era un Kristeller, una maniobra médica, una mujer que «no colabora». Deseaba gritarles que cómo querían que colaborara, que me lo dijeran y lo haría. No me salía la voz.

Entraron más estudiantes, supongo que por mi bien. Era su día de suerte: conmigo estaban aprendiendo más que en dos o tres años de especialidad. Y aún les quedaba el plato fuerte: una episiotomía porque «no ayuda, ¿no ves?, no ayuda». Yo quería ayudar, lo juro. Me cortaron, intentaron extraer a Manuela con ventosas pero algo debió de fallar. No se ponían de acuerdo en la posición en que venía mi hija; había casi tantos diagnósticos como personas. Así que optaron por el camino del medio: cesárea de urgencia. Me dieron el consentimiento informado: «Venga que vamos sin tiempo. ¿O no quieres que salvemos a tu hija?». Sí, sí, quería que la salvaran. Por favor que la salvaran, aunque no sabía de qué.

Nada más nacer Manuela la alejaron de mí durante horas. Tenía ictericia. Cuando me la trajeron, estaba en una incubadora con unos focos a modo de pantallas solares. Ya le habían dado algunos biberones y no paraba de llorar.

Por tu bien

> *¿Humanizar el parto? ¡Ojalá! Pero ¿cómo? Muchos días tenemos a mujeres dilatando incluso en el pasillo porque no hay tiempo, ni espacio, ni personal suficiente, ni la infraestructura necesaria.*

En el siglo XXI, las mujeres son sometidas en nuestro sistema de salud a un parto deshumanizado y fabril como el de Concha. Por su bien. No se les permite que paran a sus hijos de forma activa, en la posición que elijan, con intimidad, libertad de movimientos y afecto

en el trato para potenciar su confianza en sí mismas y en la sabiduría de su cuerpo, ideado para dar vida. Al contrario, se las asiste para parir hospitalizadas como enfermas, en un centro sanitario que las más de las veces funciona a modo de nave de fabricación en cadena a la que estuviera permitida la entrada de visitantes (aprendices del oficio de «traer bebés» al mundo). Como si fuera el obstetra y no la madre quien pariera, quien trajera al hijo y lo alumbrara. Fruto de esta mentalidad mecanicista, un médico, que no las ha visto nunca y que, por ende, no conoce nada de su historia prenatal, decide su ingreso. Un celador las acompaña a la sala de dilatación (un espacio común en muchos centros sanitarios públicos), donde una matrona las conecta a un monitor fetal una vez que las han tumbado en la cama boca arriba. Un enfermero les abre entonces una vía para que otra matrona pueda inyectarles oxitocina. Otra más tarde les romperá la bolsa de líquido amniótico y una última matrona las atenderá finalmente en el parto. Una vez que cada uno de ellos haya terminado su cometido con una mujer, puede que esta no vuelva a encontrárselo en el proceso de su alumbramiento.

Todavía en bastantes hospitales, los más grandes, el personal sanitario de la atención al parto se encuentra especializado por campos: el campo del ingreso, el campo de la dilatación, el campo de la fase expulsiva. La mujer misma no deja de ser un campo de trabajo dividido en parcelas de producción. Si cada uno de estos profesionales hace bien su trabajo (atendiendo a lo dictado en los protocolos), la cadena no se detiene y la producción tampoco. Se trata de una mera táctica de optimización de resultados; está todo medido con la precisión de un cronómetro para que el proceso del parto avance sin pausa. Con prisa. Para dejar espacio a la siguiente pieza a manufacturar. «Por protocolo, desde que una mujer ingresa hasta que sale del paritorio no pasan más de doce horas. Aunque siempre hay alguna excepción», cuenta una ginecóloga de un macro hospital fronterizo al que va a parir «medio Portugal». El tiempo apremia cuando la sala de espera, la sala de monitores y la sala de dilatación están abarrotadas. «¿Humanizar el parto? ¡Ojalá! Pero ¿cómo?», apunta una matrona de un hospital andaluz. «Muchos días tenemos a mujeres dilatando incluso en el pasillo porque no hay tiempo, ni espacio, ni personal suficiente, ni la infraestructura necesaria. La semana pasada, la supervisora nos reunió a todas las matronas para decirnos que teníamos que ponernos manos a la obra, que ahora formábamos parte de un proyecto de humanización para la atención perinatal. Por eso nos habían traído una pelota de

dilatación. ¡Una para todo el hospital! ¡Para más de cuatro mil partos anuales! De formarnos en el parto de baja intervención no dijo nada, de contratar a más personal tampoco, de los medios imprescindibles para llevarlo a la práctica ni una palabra. Ni que decir tiene que tampoco aludió a que se hacía necesario modificar el sistema de ingreso: que a partir de ahora solo se ingresara por urgencias a las mujeres que estuvieran de parto y con dilatación avanzada». No, eso es labor del ginecólogo de urgencias, que es quien tiene que revisar a toda embarazada (se encuentre o no de parto). Y al ginecólogo no le da órdenes nadie. Si no, todo el sistema se vendría abajo. De no ser así las cosas, qué sentido tendría el poder en el caso de que no dejaran ejercerlo, poniéndole trabas desde la gerencia del hospital. «Nos daba una pelota», resalta esta partera con escepticismo. «Eso es lo que nos ofrecía: una pelota. Los compañeros nos mirábamos estupefactos».

Al final, la matrona, supeditada a las órdenes del obstetra en la cadena de mando de la asistencia al parto, es quien tiene que vérselas (en algunos casos) con el deseo de cambiar las maneras de la atención a la parturienta y la realidad de la inamovilidad médica. Parcheando lo que está a su alcance: alguna de las grietas superficiales del parto mecanicista. Sin disponer de autoridad para llegar al fondo del agujero negro que supone la intervención rutinaria en un acto puramente fisiológico. Las matronas que desean una política sanitaria de atención al parto diferente de la actual tienen que contentarse con una pelota de dilatación o con cualquier pequeño avance en la humanización del nacimiento; sin un cambio profundo en la concepción de este que olvide la idea del parto como enfermedad y de la embarazada como paciente. En este sentido, llegan a darse casos donde lo único al alcance de la matrona para asistir a una mujer de parto (frente a un sistema inmovilista y jerarquizado) es su propia astucia. Así lo ponen de manifiesto algunas entrevistadas: «Las matronas de nuestro hospital hacemos lo que podemos para llevar a la práctica las recomendaciones de la OMS sobre el parto normal. Eso sí, siempre por la noche: cuando el ginecólogo se acuesta. Él ni siquiera deja que la mujer se levante de la cama o se quite el monitor».

Las rutinas hospitalarias del parto entendido como patología se fundamentan en la necesidad de la mujer de ser salvada de su propia naturaleza animal. A tal fin, se le ordena la renuncia a su esencia mamífera, lo que es tanto como pedirle al obstetra que reniegue de sus conocimientos para dejar su cuerpo en manos ajenas, con la excusa de que estas saben mejor que él lo que le

conviene. Por el bien de la embarazada, se la somete a rutinarias prácticas médicas controlando de manera artificial su instinto de madre; despojándola de la vivencia de un momento único. Por el bien de la embarazada, un acontecimiento íntimo y fisiológico es transformado en el rodaje de una película en la que la protagonista hubiera de limitar su papel al de mera espectadora; a su alrededor, focos, luces, personas escudriñando sus genitales e instrumental por doquier. Por el bien de la embarazada, se la tumba, se la maniata, se la monitoriza, se le introduce una cánula por el ano para irrigar sus intestinos y se le rasura el vello del pubis. Nada más que por su bien, se la trata como a un cadáver insensible y yerto, a fin de que su cuerpo sirva de práctica a estudiantes avezados en la disciplina obstétrica. Qué otra cosa sino su bien perseguiría la inducción sin necesidad de un parto. Es su bienestar lo que cuenta. Por eso se le inyecta oxitocina como si fuera suero u otra sustancia inocua cuyo fin consistiera en mantenerla hidratada, desconociendo que la primera fuente de las cesáreas son las inducciones y que con oxitocina sintética el bebé tiene muchas papeletas de llevarse el gran premio de la ictericia. Por su bien, se la silencia, se la insensibiliza con analgesia epidural para que no sienta hacia dónde encamina la fuerza de sus pujos en el momento del alumbramiento. Así que, por su bien, el empleo de analgesia epidural la lleva a un parto instrumentalizado en infinidad de casos. Por su bien, sí, por su bien, le cortan la vagina a fin de poder extraer a su bebé (con ventosas o fórceps) de donde quiera que se encuentre en su viaje hacia el exterior por el canal del parto. Por su bien, se le provocan secuelas físicas que le impedirán disfrutar con plenitud de sus relaciones sexuales o que se contengan sus heces. Por su bien, se le realiza la maniobra Kristeller de descenso del feto (en desuso en muchísimos países y en algunas comunidades autónomas, como Canarias). La maniobra Kristeller, muy invasiva, es desaconsejada por estudios científicos debido a las lesiones que puede ocasionarle al bebé que el cuerpo de la matrona o del ginecólogo presione la parte superior del vientre de la madre al objeto de empujar a aquel hacia abajo. Por su bien, después de practicada una cesárea (o incluso, muchas veces, después de un parto vaginal), se le impide el contacto piel con piel con su hijo y se le ponen trabas a la lactancia materna retirando al bebé de su lado y ofreciéndole biberones en vez de la leche de su madre.

Por su bien, en suma, se la libra de la responsabilidad sobre la vivencia consciente de su alumbramiento; como si ser mujer llevara aparejada consigo una carga, la de parir. Así pues, por su bien, se la

deshumaniza. Con la varita mágica de la incontestable seguridad médica, la que esperaba en la sala de las urgencias obstétricas de un hospital con la forma de una mujer sale de esa consulta médica con el cuerpo y los sentidos de una cigüeña de cuento; en el pico, su documento de ingreso. Por protocolo, todo está ya dispuesto para que, a partir de ese momento, la cigüeña vuele de una rutina hospitalaria a otra, dejándose hacer agradecida, tal y como le enseñaron en la educación maternal: «Por el suplicio del parto hay que pasar cuanto antes; y, mejor, sin enterarse». Una cigüeña de cuento no piensa, no razona, no protesta; no desobedece. En caso de que intente regresar a su figura humana, siempre queda el recurso médico del miedo a que su transfiguración ponga en riesgo al bebé que lleva dentro.

A la vista de la evidencia científica, cualquiera que no conociera que es por el bien de la embarazada y de su hijo por el que se somete a la primera a estas prácticas hospitalarias podría dudar de las manos en que queda una mujer cuando va a dar a luz. Y es que el argumento de que estas actuaciones se realizan en beneficio de la embarazada y de su bebé es tan frágil, tan peregrino, tan infundado, que muchas mujeres lo creen a pies juntillas solo porque «ellos son los médicos; saben lo que hay que hacer»; quiénes son ellas (legas en cuestiones obstétricas) para cuestionarlo. Además, si hubiera pruebas de que son perjudiciales para ambos, no lo harían, piensan con razón. Así pues, un argumento insostenible se convierte en un argumento de peso para la propia mujer porque su rechazo del mismo implicaría que se están realizando por costumbre prácticas que la perjudican y la ponen en peligro. Lo que haría quebrar de plano la confianza de la futura madre en el sistema sanitario de asistencia al embarazo, parto y puerperio. Justamente, eso es lo que sucede cuando las mujeres se informan y comprueban que el alumbramiento medicalizado extendido por norma a todos los casos, y no solo a aquellos donde estén en riesgo la salud de la madre o del hijo, no posee sostén científico alguno. Es más, descubren que cada una de sus actuaciones va en contra de la medicina basada en la evidencia.

En los últimos veinticinco años, las sociedades de ciencia han generado cientos de estudios contrastados sobre las ventajas del parto humanizado o no intervencionista y sobre los múltiples inconvenientes del parto entendido como patología. Esta extensa literatura médica desmonta paso a paso cada una de las intervenciones de rutina que se le realizan a una mujer cuando ingresa para parir en un hospital. Lo que se hace por su bien no

debería ser hecho. Lo que se hace por su bien acaba causándole a la mujer un perjuicio, en infinidad de ocasiones muy grave. Por su bien se la ingresa cuando no está de parto a fin de practicarle una inducción encubierta, que se quiere hacer pasar por una estimulación. La inducción que le realizaron a Concha es la que sufren anualmente cientos de mujeres en sus partos respectivos y responde a la pregunta de ¿por qué lo llaman estimulación cuando quieren decir inducción? Son dos conceptos diferentes: la estimulación presupone que la mujer ya está de parto; por tanto, tiene contracciones y está dilatando. Pero qué sucede si se actúa como si la mujer ya estuviera de parto cuando en realidad este aún no ha empezado: que se le provoca el parto de forma artificial sin que la embarazada tenga conocimiento de ello y del círculo pernicioso en el que entra, cuyo final puede ser una cesárea.

Está demostrado que el principal foco de cesáreas son las inducciones, por entrometerse de manera artificial en un proceso fisiológico que aún no se ha desencadenado. De ahí que muchos hospitales camuflen sus elevadas tasas de inducciones refiriéndose a estas como a simples estimulaciones de un proceso ya en marcha. Si una mujer se pone de parto espontáneamente, la probabilidad de que tenga que practicársele una cesárea va a ser del 10 %. En cambio, con una inducción, la probabilidad aumenta al 25 %. Una vez analizadas esas inducciones, se puede comprobar que en más de la mitad de los casos no eran necesarias; habría bastado con esperar a que el proceso natural del parto se pusiera en marcha por sí solo. La excusa para el ingreso de la mujer con estos fines es el posible sufrimiento fetal: nivel bajo del líquido amniótico, sin ir más lejos. Hay expertos que aconsejan inducir cuando este nivel se encuentra por debajo de dos. No obstante, hay hospitales donde se induce con una medida por debajo de ocho o nueve, como en el caso de Concha, cuando este nivel es absolutamente normal. La decisión, cómo no, queda siempre a criterio del médico. Respecto al inicio de un parto por medios artificiales, la OMS pide que esta práctica se limite a determinadas indicaciones médicas; que nunca se haga por conveniencia. Asimismo, recomienda que ningún país tenga un índice de partos inducidos superior al 10 %. España supera ese dato con soltura y entusiasmo.

De otra parte, el trato desconsiderado (infantil en el mejor de los casos) y los continuos tactos vaginales hacen que la mujer segregue adrenalina, la hormona que puede entorpecer la dilatación al impedir al organismo de la madre la producción de oxitocina, la gran artífice del parto. La OMS, en *Cuidados en el nacimiento normal:*

una guía práctica, exhorta a eliminarlos: «Si el parto transcurre sin novedad, los asistentes expertos pueden reducir el número de exámenes vaginales a uno. Bajo ninguna circunstancia las mujeres serán obligadas a que los sanitarios les realicen repetidos o frecuentes exámenes vaginales». Con el enema y el rasurado del vello púbico sucede algo similar, su aplicación y la incomodidad que esta genera chocan con la necesidad de la embarazada de adentrarse en lo más íntimo de un proceso que le incumbe a ella sola.

A la hora del parto, la hembra mamífera de cualquier especie busca un lugar apartado, con poca luz; se aleja del grupo al que pertenece a fin de parir libre. Con ello, se aísla para dejar fluir su intuición de madre y para proteger a su recién nacido de posibles ataques. Salvo la hembra humana, ninguna otra es sometida al examen de observadores ajenos al acontecimiento íntimo en que se halla, o a irrigaciones anales, o al rasurado de su órgano sexual. Los detractores del parto no intervencionista alegan que a nadie le puede parecer grato defecar delante de otra persona. Sin embargo, una embarazada no está defecando; está pariendo. Otra defensa se basa en que es la propia mujer la que lo solicita. Craso error: la mujer no lo demanda. A nadie en su sano juicio se le ocurriría pedir alguna de estas prácticas cuando está pariendo. No obstante, es cierto que, en no pocas ocasiones, ella misma se extraña de no ser sometida a estas rutinas hospitalarias porque en la educación maternal se las enseñaron como necesarias «para no evacuar delante del obstetra, qué vergüenza» o para que «el niño no coja una infección al entrar en contacto con el vello púbico de la madre». Delirante y terrorífico a un tiempo. La literatura científica echa por tierra tales argumentos sobre las ventajas de su práctica para la higiene y la asepsia de un parto. La Colaboración Cochrane, una organización internacional independiente cuyo objetivo es revisar y seleccionar estudios científicos de buena calidad, ha publicado algunos en los que queda demostrado que con un enema las heces se hacen más líquidas, por lo que son más difíciles de limpiar. Los mismos estudios desmontan a su vez la tesis de que el enema o el rasurado ayuden a una menor tasa de infección.

Protocolos médicos de actuación

Quién dirige un parto

> *Las técnicas asistenciales de aplicación en el hospital son fruto del resultado de un trabajo en equipo que persigue la mejora en la calidad de la asistencia y la reducción de los posibles riesgos para la salud de la madre y del bebé.*

El 2 de mayo de 2005, el director de gestión del Hospital Universitario de Guadalajara envió la siguiente orden interna, sobre la atención al parto en caso de discrepancias, al Servicio de Ginecología y Obstetricia:

En relación con los casos planteados de negativas de pacientes a aceptar las condiciones de atención al parto habitualmente empleadas en este hospital universitario y adecuadas a protocolo, les comunicamos que se deberá proceder de la siguiente manera:

UNO: se informará a la gestante, en términos claros y comprensibles, de que las técnicas asistenciales de aplicación en el hospital no son fruto de la arbitrariedad y capricho de los profesionales sanitarios, sino el resultado de un trabajo en equipo *que persigue la* mejora continua en la calidad de la asistencia *y la* reducción de los posibles riesgos para la salud de la futura madre y del bebé.

DOS: las pretensiones de las gestantes *en relación a cuestiones estrictamente técnicas han de ser ponderadas por los facultativos a la luz de sus conocimientos y de* lo dispuesto en los protocolos.

TRES: si existen alternativas a las técnicas habitualmente empleadas que no comporten riesgos adicionales*, se reflejarán en el modelo de consentimiento informado que la paciente deberá firmar antes del comienzo de la atención al parto.*

CUATRO: si la paciente se niega a firmar el consentimiento informado, y no hay posibilidad de acuerdo, se le propondrá la firma del alta voluntaria.

CINCO: en caso de rechazo, se dispondrá el alta forzosa de la paciente y, en caso de no ser aceptada, se comunicará inmediatamente al juez por el posible riesgo que para la madre y para el nasciturus *pudiera derivarse de la decisión de la gestante.*

SEIS: en cuanto a las reclamaciones de naturaleza no asistencial deberán ser evaluadas por los responsables del hospital, quienes podrán transigir sobre las mismas siempre que ello no comporte un riesgo adicional a la actuación médica que se ha de realizar y teniendo en cuenta la disponibilidad de medios del hospital.

SIETE: por último, en cuanto a las actuaciones o exámenes por personal no graduado (estudiantes) o titulado en periodo de formación, requerirán la obtención del previo consentimiento de la madre, si bien

deberá ponerse en su conocimiento el carácter integral de la actividad desplegada por el hospital, que comprende también la de naturaleza docente.

¿Las prácticas de rutina empleadas para atender un parto en un hospital obedecen al deseo de mejorar la calidad de la asistencia? ¿Su cometido es el de minimizar los riesgos para la salud de la madre y del bebé? ¿Su aplicación a todos los nacimientos es la consecuencia de un trabajo en equipo, como se hace constar en esta orden interna? No. No. Y no. Rotundamente, no. A las dos primeras preguntas se ha respondido en las páginas anteriores y se seguirá contestando en las siguientes. La tercera es el *leitmotiv* de este apartado. Porque, por muy drásticas, trasnochadas y dictatoriales que puedan parecer esas maneras de conducirse, en la atención a una embarazada, desde la dirección de un hospital, no suponen una excepción a la regla. Al revés (eso sí, sin llegar a extremos como este), confirman un sistema de asistencia perinatal apuntalado sobre el concepto del parto como enfermedad y de la embarazada como paciente. Un sistema, en cuyo juego de jerarquías, el ginecólogo es el rey. Lo que lleva a la cuestión fundamental de quién dirige un parto.

La SEGO hizo públicas en julio de 2007 las *Recomendaciones para la asistencia al parto*. En lo que afecta a las pautas de atención al denominado «parto no intervenido», la SEGO señala que, en los casos de bajo riesgo, los servicios sanitarios del hospital han de ponerse de acuerdo para dilucidar qué parte va a responsabilizarse de los mismos. Teniendo muy presente que la matrona se encuentra capacitada para desenvolverse con total fiabilidad en este tipo de nacimientos. Sin embargo, en sus nuevas recomendaciones de atención perinatal la SEGO ha suprimido este apartado. ¿Por qué? Si existe todo un archivo bibliográfico sobre las ventajas que conlleva un parto asistido por una matrona frente al gobernado por un obstetra. La tasa de intervenciones es mucho menor aunque los resultados neonatales sean muy parecidos. Así lo ponen de manifiesto multitud de estudios científicos llevados a cabo, desde los años ochenta, en países como Holanda. Los resultados de uno de ellos, la investigación de los doctores C. Berghs y E. Spanjaarts sobre embarazadas con una gestación normal (sin prescripción médica), no deja lugar a dudas. A un elevado número de mujeres se les dio la posibilidad de elegir quién iba a ser el especialista que las atendiera en sus partos respectivos: una comadrona, un médico o un ginecólogo. A la semana de los nacimientos, los bebés de los tres grupos obtuvieron idénticos resultados en el examen neurológico.

No obstante, el modo como transcurrió su alumbramiento fue muy distinto. Las mujeres que optaron por la asistencia de un ginecólogo sufrieron más intervenciones (entre ellas, el empleo de ventosas y fórceps). Asimismo, sus recién nacidos mostraron un peor estado físico (muchos tuvieron que hacer uso de la incubadora) que los de los otros dos grupos de control. Las madres que gozaron de menos complicaciones fueron las asistidas por comadronas.

Según Beatrijs Smulders y Mariël Croon, matronas coautoras de *Parto seguro*, esta investigación da buena prueba de que la situación óptima en un parto es aquella donde la comadrona y el ginecólogo colaboran mano a mano, limitándose cada uno a desempeñar su propia especialidad ya que sus saberes son paralelos; complementarios. En ese supuesto sí cabe hablar de un auténtico equipo de trabajo, muy diferente del que rige los partos españoles. En nuestro país, el tocólogo dirige el paritorio. La matrona ejerce su labor a su servicio, peldaños abajo en la escalera del mando en el parto. Y, en el último escalón, a ras de suelo, se encuentra la mujer, subordinada a ambos a modo de recluta cuya voz es silenciada por quienes llevan galones.

En 1995, otro estudio (esta vez de los ginecólogos Pel y Heres, de Ámsterdam) comprobó que en los hospitales donde ejercen comadronas se practican muy pocas cesáreas y menos intervenciones de todo tipo. Las matronas aportan tranquilidad, confianza y relajación a la mujer. Con ello, predisponen a que los partos se desarrollen de modo natural. Gracias a su actitud hacia la embarazada, consiguen que los ginecólogos esperen más para intervenir o que incluso desistan de hacerlo. Así pues, su colaboración con los médicos salva a muchas mujeres de una de esas actuaciones *por su bien*. Por ello, la OMS recomienda que se promueva la formación de parteras o comadronas para atender los embarazos, partos y puerperios normales. «Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo». Es decir, los médicos tendrían que «abandonar» su interés en atender todos los partos. Por el bien de la embarazada y de su hijo, y no al revés.

Este tipo de asistencia, basado en la cooperación estrecha de médicos y matronas desde la delimitación clara de las funciones de cada uno, es el que intentan trasladar a sus hospitales algunos jefes del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Uno de ellos es el Coordinador del Proceso de Embarazo, Parto y Puerperio del

Servicio Andaluz de Salud y responsable a su vez de la atención perinatal del Hospital La Inmaculada de Huércal-Overa (Almería); de los públicos, el centro pionero en ofrecer el parto natural. Longinos Aceituno, que junto al departamento de obstetricia que dirige acaba de recibir el Premio del Sistema Nacional de Salud, se sabe la aguja de la discordia en el pajar de la ginecología española actual. Un médico converso: practicaba lo que le habían enseñado en la residencia hasta que se topó con un grupo de matronas que le abrió los ojos a otras formas de parir. «Ellas me enseñaron que no solo era posible, sino seguro. Por eso en este hospital son las matronas las responsables del parto normal. No son ni mis ayudantes ni mis enfermeras. Merecen autonomía y respeto. Los médicos, para las complicaciones». Desde el año 89, los magníficos resultados de este planteamiento de trabajo se reflejan en unos escuálidos niveles de intervención: 13 % de cesáreas frente al 24 % nacional; 30 % de episiotomías frente al 70 %; 7 % de partos instrumentales frente al 25 %; 35 % de epidurales frente al 80 %. Sin embargo, el común del estamento ginecológico sigue convencido de que un parto es siempre un acontecimiento peligroso; la expresión máxima de una patología, la del embarazo, que precisa de asistencia medicalizada para preservar la vida de la madre y la de su hijo. La voz de los ginecólogos y obstetras españoles, el presidente de la SEGO, llega al extremo de argumentar que un parto se trata de una «situación de riesgo potencialmente mortal para la madre y el niño», al objeto de defender la actuación médica en cualquier clase de parto. Pues, según este planteamiento mecanicista, nunca se puede saber de antemano cuándo va a discurrir un parto de forma normal. Lo que justificaría intervenir en cualquier nacimiento, por si acaso.

Bajo esta manera de actuar, late el miedo a perder el mando del proceso del nacimiento. El temor a ceder el poder en el paritorio a comadronas especializadas que dejarían de ejercer como personal auxiliar a las órdenes del ginecólogo. Para muchos médicos, trabajar con las comadronas en clave de igualdad, fomentar que estas se ocupen del parto de bajo riesgo, significa ser rebajados de nivel al equiparar en un mismo rango los conocimientos de ambos. Cuando no se trata de una disminución de su influencia, sino de que intervengan solo si resulta obligado, en caso de complicación para la madre o el bebé. Pero hay también otro miedo que se une al de perder el control en las salas de partos: el miedo a las demandas, que, en la actualidad, son muchas y de cuantías elevadas. Paradójicamente, en la mayoría de los supuestos, no se interponen

por intervenir de más sino por no actuar *lo debido,* a juicio de las parturientas. Aunque se ha podido percibir que, si la mujer es informada y oída en las decisiones que le afectan, la tasa de denuncias se reduce a niveles mínimos.

Por otro lado, la formación de las matronas puede ser de corte tan intervencionista como la de los médicos. No en vano han de cursar enfermería para poder acceder a su especialidad. Es decir, se las prepara para atender a enfermos cuando una mujer embarazada no posee enfermedad alguna. Y es que primero se les hace aprender unas prácticas que más tarde tendrán que desaprender, con el fin de poder facilitarle a la mujer un alumbramiento más natural y humano. No obstante, parece que esta instrucción medicalizada y suspendida de criterios jerárquicos (no hay que olvidar que médicos hombres las educaban para desarrollar una labor secundaria en el paritorio) va a dejar paso a unos estudios universitarios de cuatro años, independientes de los de enfermería. A ello van a contribuir la mencionada *Estrategia de Atención al Parto Normal* del Ministerio de Sanidad y las distintas comisiones autonómicas para la Humanización del Parto (subvencionadas con los fondos de cohesión de la Unión Europea). Todas ellas ahondan en lo prioritario de una formación profesional específica de las comadronas para que puedan responsabilizarse de un parto sin complicaciones, tal como recomienda la OMS.

Al mismo tiempo, algunas comunidades están legislando en este sentido a la hora de ser capaces de ofrecer la alternativa del parto natural. Gracias también al empuje de asociaciones de matronas, como la Federación de Matronas de España (FAME). Su primera presidenta y Premio Matrona 2008, Dolors Costa, aprovecha lo que parece un espíritu de cambio para resaltar que la tendencia natural de las matronas es la de favorecer el parto fisiológico. «Dejarlo progresar sin prisas y solo intervenir con otros medios en caso necesario». Por eso la federación va a publicar un protocolo que facilite a los hospitales su adaptación a una forma de parir con la cual la mujer se sienta como en casa, pero con todos los adelantos técnicos a su alcance. Esta manera de entender el nacimiento desmonta la tesis que identifica un parto natural con un parto desatendido. «Un parto natural no es en ningún caso un parto descontrolado», aclara Cristina Martínez, presidenta de la Asociación de Comadronas de Cataluña. «Por desconocimiento, mucha gente lo considera un retraso cuando en realidad es una demanda social. El nacimiento de un hijo no debe tratarse igual que una operación de apendicitis».

Entonces, a qué se debe que esta nueva actitud de las asociaciones de comadronas y de las distintas administraciones públicas no tenga su reflejo en el día a día de la práctica hospitalaria. Quizá a que cada hospital recuerda a un reino de taifa, donde el director gerente y el jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia mandan en los nacimientos por obra y gracia de unos protocolos de actuación establecidos por ellos mismos. Dueños en sus predios, ninguna de las instituciones administrativas les insta a eliminar las prácticas que la evidencia científica ha comprobado que son dañinas para la madre o el bebé y a potenciar, por el contrario, el uso de aquellas otras que han demostrado ser eficaces por cuanto beneficiosas. Por no exigirles, ni siquiera se les reclaman sus datos perinatales de cada año. La propia SEGO dejó de hacerlos públicos en 2004. Con lo cual, a la hora de decidirse por un hospital u otro para parir, una mujer no puede conocer de antemano (ni, por supuesto, comparar) los distintos niveles de intervención. De saber las diferentes tasas de cesáreas o de partos instrumentales, antes de poner un solo pie en un centro, cuántas mujeres encinta se decantarían por uno con cifras excesivas en detrimento de otro con porcentajes mínimos.

Dar a luz es un acontecimiento fisiológico que, en nuestra sociedad, se halla sujeto a las leyes de la oferta y la demanda. Esto es, la embarazada necesita disponer de información sobre la existencia de otra manera de parir para solicitar una asistencia de ese tipo, y no la establecida por norma. En caso contrario, a quién se le ocurriría demandar lo que no sabe que existe o lo que de ningún modo va a serle ofrecido.

Con cifras de intervención dispares entre unos hospitales y otros, el conocimiento de estos datos puede salvar a una mujer de acudir a uno donde la atención al parto venga marcada por pautas médicas rígidas e inamovibles. O, si no le queda otro remedio, prepararse psíquica y físicamente para afrontar en él una negociación sobre su deseo de no ser sometida a ciertas prácticas de rutina. Salvo excepciones, los Servicios de Ginecología y Obstetricia de las maternidades pequeñas suelen estar regidos por protocolos más laxos y personal más proclive al diálogo con la mujer. En cambio, en un gran hospital, perseguir un nacimiento más humano, que respete su carácter fisiológico, se antoja casi siempre una batalla perdida. El acto de parir se ve zarandeado allí por el ruido y la prisa, apremiado por la masificación que lleva a alterar un acontecer íntimo y único para someterlo a unos tiempos predefinidos, a unos ritmos tan acelerados como homogéneos. En

un macro hospital, una parturienta es idéntica a otra parturienta; sus alumbramientos, un calco del parto descrito en el protocolo. De este modo, dar vida a un hijo en un ambiente aséptico, frío y uniformado mata el instinto de hembra mamífera para hacer de la mujer un cuerpo a perforar, abrir y coser. Una paciente. Una enferma. Un número de habitación de quien se espera que tenga «una horita corta» cuando lo que de verdad habría que desearle es un protocolo flexible con sus deseos.

Breve historia del parto hospitalario: ¿es una institución médica el sitio más seguro para dar a luz?

> *Lo importante: tener muy controlados a la parturienta y al feto, y aumentar espectacularmente la seguridad.*

En la actualidad, en España hay medio millón de partos anuales. De ellos, el 99,8 % tiene lugar en hospitales, públicos y privados. Sesenta años atrás, en cambio, solo parían en un centro hospitalario las mujeres más pobres. Las que tenían dinero podían permitirse la asistencia domiciliaria de un tocólogo, mientras que el resto era atendido en casa por una comadrona. La hospitalización de la parturienta se instauró a finales del siglo XIX al objeto de atender a las que eran vistas como más desfavorecidas: las madres solteras. Luego, la asistencia hospitalaria fue creciendo poco a poco, una vez tomado el mando del proceso del parto por el ginecólogo y relegado al olvido el saber tradicional de la comadrona. Y ello aunque en un congreso de 1932, dedicado al alumbramiento, se descubriera que los índices de mortalidad de bebés y mamás eran más bajos entre las mujeres europeas, que confiaban en comadronas, que entre las americanas, en manos de médicos. Con todo, la hospitalización de la mujer de parto se generalizó allá por los años cincuenta. Según Antonio Usandizaga, antiguo jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital La Paz, de Madrid, la monitorización fetal continua y la aplicación sistemática de oxitocina supusieron un éxito rotundo al permitir «tener muy controlados a la parturienta y al feto, y aumentar espectacularmente la seguridad». Por fin, la tranquilidad había llegado para los médicos. El control de la mujer en el parto era ya un hecho instaurado como imprescindible en aras de su salud y bienestar.

Durante los años sesenta y principios de los setenta, esta actitud protectora creció pareja con los índices de natalidad. Los hospitales se abarrotaban de nacimientos. Solo en La Paz, «entre setenta y

ochenta partos diarios, con días de cien», recuerda el doctor Usandizaga (entrevista a *El País Semanal*, en marzo de 2007). Bajo la premisa de la necesaria medicalización en el parto por el bien de la embarazada y de su bebé, vinieron al mundo las mujeres que hoy piden parir con libertad. Son las mujeres del *baby-boom* las que han tomado conciencia de que no quieren delegar en nadie su responsabilidad y, por tanto, su fuerza a la hora de dar a luz. De las que optan por el parto natural, primíparas (mujeres que paren por primera vez) en su mayoría, solo un pequeño porcentaje tiene a su hijo en un hospital. En todo caso, pasan gran parte de la dilatación en casa porque así se limita la estancia al mínimo, con lo que se hace uso de la institución médica cuando realmente es necesario.

La razón más apuntada para parir en un hospital es la pretendida seguridad. La seguridad se identifica con la intervención; la intervención, con la rapidez. De modo que un parto seguro es un parto rápido. El concepto fabril del parto ha desencadenado el nacimiento funcional. El objetivo es extraer, lo antes posible, a un bebé en apariencia sano; no importa cómo ni quién salga perjudicado física y emocionalmente. Vadear un parto en doce o, a lo sumo, veinticuatro horas es el sueño de muchas mujeres; los médicos lo hacen realidad. Cuando una mujer se excede en los tiempos considerados óptimos, dice de sí misma que ella no dilata bien o que no sabe parir. «Se ve que me cuesta dilatar porque mi parto ha sido muy largo», explica Encarna, cuyo alumbramiento discurrió en menos de un día. «Desde la sala de dilatación veía con envidia cómo todas las que me acompañaban eran llevadas al paritorio; incluso mujeres que ingresaron después que yo». El fallo siempre es de la mujer. Esto es lo que se les enseña en la educación maternal, lo que ellas asumen como una verdad absoluta: que si no se ajustan a «lo normal» es que hay en ellas una carencia de origen desconocido, una traba que les impide parir como debieran. Pero un parto no puede medirse en términos de normalidad; un parto es un acontecimiento único, diferente en cada caso y, por supuesto, no sujeto a criterios temporales fijos. No es una carrera de velocidad, en la que la mujer tenga que ir sorteando obstáculos a toda pastilla para demostrar que se le da bien. Que es una paridora digna de una medalla. Rápida y eficaz.

«¿Qué tal te fue?», se suele preguntar a una recién parida. Y la respuesta que se espera no es «lo viví intensamente», «ha sido una experiencia mágica, había dolor pero era un dolor mezclado con gozo, el de estar en otra dimensión», «he disfrutado cada hora de la dilatación y sobre todo cada hora del expulsivo». No. Lo que se

espera de la mujer es saber si estuvo a la altura, si su parto fue limpio, breve; o si, por el contrario, se demoró «más de la cuenta». Nadie indaga acerca de las emociones vividas en un parto hospitalario y, por supuesto, pocas embarazadas cuentan los sentimientos que las atravesaron en el transcurso del mismo. Lamentablemente, a las mujeres se las ha educado para concebir el nacimiento como un acto corporal y médico. Un trámite necesario para tener a su hijo en brazos y no el acontecer vital que marcará las vidas de ambos y su mutua relación de afecto.

Resulta sospechosa la carencia de emociones que poseen las palabras de una mujer tras su sumisión en un alumbramiento medicalizado. Sus monosílabos. Sus puntos suspensivos. Sus silencios. Como si la psique hubiera sido separada de la parte física de una mujer durante los preliminares y en el mismo instante del encuentro con su bebé. A menudo, sorprende esa capacidad para desvincularse de su vientre al final del camino, de manera que ese océano en miniatura pareciera no tener nada que ver con ella, justo cuando más le incumbe. Durante nueve meses ha vivido pendiente de él, pero ahora, en su expresión máxima de apego, no actúa sino que es sometida a un proceso médico impuesto desde fuera. Las mujeres que han sufrido el trío epidural-episiotomía-fórceps suelen emplear el mismo tipo de términos evasivos a la hora de hablar sobre su parto, días después de este. «Todo fue bien: mi niña está sana» o «genial, mi hijo está bien», dicen sin demostrar alegría o enfado. Sin embargo, cuando pasan varias semanas o meses, a veces años, la emoción del recuerdo se cuela entre la conciencia de saber a su bebé sano y salvo. Ahí ya se permiten demostrar un lamento contenido; un dolor soterrado, que no es el dolor del parto sino el dolor de descubrir que les han robado su parto. «El pediatra quiere que le dé biberones en vez de mi leche, para que mi hijo engorde. Nació pequeño y con poco peso. Por qué me provocaron el parto si él estaba bien y también la placenta, y se podía esperar…». Rosa acaba de darse cuenta de que renunció a su autonomía en nombre de la salud pública y que esta, como contraprestación, hizo que su hijo naciera antes de que estuviera preparado para ello.

Después de nueve meses de vínculos fusionales, la decisión de separarse no debe ser tomada sin que madre y bebé estén maduros para enfrentarla, pero eso no se tiene en cuenta. No obstante, algo parece estar cambiando: cada vez más mujeres son capaces de reconocer ante sí mismas que fueron heridas por partos irrespetuosos, silenciadas por la técnica. Adormecidas cuando más anhelaban sentir. «¡Qué lástima privarse de una terapia tan

formidable como el parto!», sostienen la terapeuta Thérèse Bertherat y su hija Marie, en su libro *Con el consentimiento del cuerpo*. «¡Qué lástima no haber podido aprovechar esa formidable ocasión de renacimiento, de regeneración!».

Un parto hospitalario puede ser, en según qué casos, el más rápido —si no comienza y termina por sí mismo, se le hace iniciar o concluir de forma artificial atendiendo a unos parámetros temporales escuetos y precisos—. Lo cual no significa que sea también el parto más seguro. Así lo ponen de manifiesto decenas de estudios, que se resumen en dos de los realizados por ginecólogos y comadronas holandeses para llegar a la misma conclusión: en los partos policlínicos se realizan más intervenciones médicas y surgen más complicaciones que en los nacimientos en casa. Tanto es así, que para las primíparas es igual de seguro parir en casa que hacerlo en el hospital. En cambio, para las multíparas es mucho más seguro parir en casa. A similares resultados llegó un trabajo de evaluación sobre cinco mil partos domiciliarios en Canadá y Estados Unidos, publicado por el *British Medical Journal*. Por algo, la OMS incluye entre las prácticas que deben ser abandonadas «insistir en el confinamiento institucional universal». A esta misma tesis llegó, en 1990, la doctora Marjorie Tew en su ensayo *¿Maternidad más segura?*, donde se recogían los datos de la evolución histórica de la mortalidad perinatal en Europa. Tew pudo comprobar que ser conducida de casa al hospital no había supuesto para la mujer una disminución de su mortalidad, sino un aumento. También en los casos de riesgo.

La doctora María Fuentes, en *Mujeres y salud desde el sur*, achaca este empleo indiscriminado de procedimientos generadores de riesgo en vez de seguridad a que «el ambiente hospitalario altera las percepciones de los asistentes al parto, de manera que lo normal se percibe como patológico». Lo que refrenda el lema holandés de que «todo va peor en campo ajeno». En este país, al igual que en otros como Alemania, Dinamarca o Bélgica, los nacimientos en el hogar se producen a gran escala, alentados por el apoyo gubernamental. Su sistema obstétrico se fundamenta en que el hospital es el lugar ideal para dar a luz siempre que surja algún problema. No obstante, eso no presupone planificar allí un parto de antemano porque los hospitales no dejan de ser instituciones donde todas las personas que trabajan o acuden a él han de someterse a sus reglas, a sus protocolos de actuación. En el supuesto del ingreso de una parturienta, estas normas suelen limitar su libertad de maniobra y de decisión, dejando ambas a merced de algo tan frágil como los

favores, el humor o el carácter comprensivo de los profesionales encargados de atenderla.

La razón de la seguridad, pues, no se sostiene aunque muchas mujeres (atemorizadas en los cursillos y visitas médicas prenatales, ante un acto mostrado como peligroso) afirmen sentirse más seguras en un hospital al tener todos los medios técnicos al alcance, «por si acaso». Este «por si acaso» se ha vuelto en contra de demasiadas embarazadas, que tienden a justificar la cascada de intervenciones sufrida porque «mi hijo estaba en peligro», «yo no podía dilatar», «lo necesitaba: me dijeron que mis contracciones no eran fuertes, no tenían *una buena dinámica*», «la episiotomía fue por mi bien: cómo iba a salir si no mi hija» o «tuvieron que sacar a mi niño con fórceps porque no supe empujar». El círculo maléfico de oxitocina-epidural-episiotomía-fórceps (o cesárea) es defendido por la propia mujer debido a su supuesta imposibilidad para dar a luz. Adoctrinadas para olvidar que su cuerpo está cabalmente preparado para parir un bebé además de concebirlo y gestarlo, dar a luz en casa se les antoja una idea descabellada por cuanto peligrosa y antigua. Lo moderno es parir en un hospital «para sufrir lo menos posible». En este sentido, resalta la psicoanalista Laura Gutman que «cuando las situaciones injustas son corrientes, perdemos la noción de libertad». Cuán ciertas y terribles son estas palabras. Las mujeres se someten a las prácticas rutinarias de un hospital porque «es lo que se hace siempre», «todas tenemos que pasar por ahí o ¿es que tú quieres ser diferente?». «Pasar por ahí», a modo de tránsito por la meseta esteparia, mucho más llevadero con la técnica y la atención especializada de profesionales de la medicina que acortan el desolador viaje a un tercio, incluso más.

El hospital es, sin duda, la mejor opción cuando aparecen complicaciones en el parto (según la OMS, en no más del 10 % de los casos). En todos los demás, su asistencia uniforme e impersonal somete a la mujer a unas prácticas estandarizadas por protocolo, cuya aplicación no es fruto del análisis individual de cada nacimiento sino el resultado de un sistema de asistencia al parto intervencionista y medicalizado en exceso. De tal forma que el acontecimiento natural, íntimo y único de dar a luz se convierte, en una institución médica, en la sucesión de unos actos rutinarios para los que la mujer no pasa de ser «la bolsa rota de la cuatro», «en pródromos», «siete centímetros», «un cuello blando» o «un parto de nalgas». Lo ideal sería, por tanto, que una mujer pudiera parir en casa, asistida por comadronas expresamente cualificadas para hacerse cargo del común de los partos, los de bajo riesgo. Con todas

las garantías. Con el respaldo de las administraciones públicas. Amparada por una Seguridad Social que corriera con sus gastos e incentivara el uso correcto de un centro hospitalario. Este sistema diferenciador del embarazo y el parto sin riesgo (o muy bajo) del embarazo y el parto de alto riesgo es el del norte de Europa, que nada tiene que ver con el que se da en la mayoría de los países del Tercer Mundo, donde parir en casa o en el hospital no depende de criterios de salud sino económicos. En estos lugares, dar a luz en el propio hogar implica que la mujer no dispone de dinero para costearse un parto médico, aunque surja algún problema. Es decir, en ese África al que acostumbran a enviar verbalmente los detractores del parto natural a las que llaman hippies o progres del naturismo, la mujer carece de asistencia médica porque no existen los medios oportunos para ello. No resulta preciso apuntar que, por supuesto, tal situación no representa la idílica. No es el parto natural a perseguir; todo lo contrario.

El nacimiento más similar al hogareño, en términos de seguridad, autonomía, intimidad y respeto hacia la mujer, es el ofrecido en las casas de partos; asociadas a un hospital muy cercano al que es conducida la embarazada si hay necesidad. En ellas, una mujer puede desmoronarse emocionalmente, «romperse sin temor, porque no es el mundo de las formas el que hay que cuidar, sino el espacio de lo sutil», como apunta de modo certero Gutman. Lo externo pierde sentido en un ambiente desplegado para el aprendizaje interior del alumbramiento. En una casa de partos todo es introspección, huida del mundo racional; el minimalismo, en suma, del parto natural entendido como una experiencia mística, como una vivencia irrepetible en la que la preparación de la madre y la manera de implicarse del padre juegan un papel esencial. España cuenta con muy pocos de estos espacios donde parir en libertad. La más renombrada quizá sea la casa Migjorn, próxima a la ciudad de Barcelona.

Con el planteamiento de una casa de partos pero con el despliegue de la innovación técnica, si aparecen complicaciones, en un mismo sitio, la clínica privada Acuario, de Alicante, atiende a mujeres de todo el país que desean parir libres, respetadas; dueñas de su poder de dar vida. Otros lugares donde se vive el nacimiento de forma humana y respetuosa con las decisiones de la madre, aunque dentro de una institución médica que no invita al recogimiento, son algunos hospitales públicos entre los que se encuentran el Hospital de Huércal-Overa (Almería), el Clínico de Granada, el Hospital Pozoblanco de Córdoba, el Clínico de

Barcelona, la Clínica Quirón de Madrid, el Hospital La Plana (Valencia) y el Hospital Santa Caterina de Gerona. La labor de todos ellos evidencia que es el parto natural el que hace más seguro el parto hospitalario, y no al revés.

Tras el ingreso, ¡bienvenida a la fiesta de la oxitocina!

> *Eso no es un parto. Las contracciones de parto son muy fuertes y duelen. Como si yo no hubiera visto miles.*

La falta de recursos en las grandes maternidades argentinas durante *El corralito* llevó a ingresar solo a aquellas mujeres que llegaban con un trabajo de parto muy avanzado. Escaseaba la oxitocina, y no podía desperdiciarse en partos sin dificultades a los que únicamente había que darles tiempo y un ambiente idóneo para su progreso. Así que se animaba a las mujeres a pasar gran parte de la dilatación en casa, relajándose o dando paseos por los alrededores de la misma. Los resultados de este experimento, fruto de la necesidad, fueron tan sorprendentes para los profesionales que Raquel Schallman, partera bonaerense, recuerda en su libro *Parir en libertad* sus rostros boquiabiertos: lo bebés nacían de forma natural sin «goteo», sin necesidad alguna de esa droga. La evidencia se impuso sobre la costumbre: las mujeres no necesitaban oxitocina sintética para parir; dilataban sin ayuda externa si se las rodeaba de las condiciones adecuadas. Lo cual hacía innecesarias otras rutinas como la epidural, la episiotomía y el uso de ventosas o fórceps.

Paradójicamente, la crisis económica parecía convertirse en la salvadora del alumbramiento fisiológico enterrando el fatídico nexo oxitocina-parto instrumental o cesárea. A la mujer se le devolvía el poder sobre su cuerpo, que la fuerza médica le había arrebatado. Sin embargo, en cuanto mejoró la situación del país, los gerentes hospitalarios volvieron a las andadas: se impuso adquirirla de nuevo y reiniciar las demás prácticas que habían sido abandonadas por su inutilidad manifiesta. Más vale parto malo conocido que bueno por conocer, debieron de pensar. De manera que se comportaron otra vez como si la producción interna de hormonas en una mujer de parto no existiera. Regresaron las estimulaciones e inducciones (encubiertas o no) y la adecuación del parto a unos horarios concretos que rehuían la noche.

Si es una verdad universalmente reconocida que la nocturnidad es propicia para el desencadenamiento de las contracciones, ¿cómo se explica que, sobre todo en la medicina privada, los nacimientos

se concentren de lunes a viernes, entre las nueve de la mañana y las ocho de la tarde? ¿A los bebés les preocupa conocer el mundo exterior antes del amanecer? ¿Las hormonas de la mujer se van de fin de semana? ¿Las vaginas están programadas para cerrarse los sábados o es que los úteros se niegan a contraerse los domingos por la tarde? ¿No será que se trata de nacimientos a la carta que no perturban el sueño, el descanso médico en la sierra o el chapoteo con los niños en el mar? ¡Qué gran avance para la medicina! ¡Ingresos y partos provocados con uno o dos centímetros de dilatación, o sin contracción alguna! ¡¡¡El progreso!!! Un nacimiento de serie concebido como un acto meramente funcional cuya misión es «sacar» con brevedad a un bebé sano sin importar con qué coste emocional o físico para la madre. En cualquier fábrica, un técnico de control mostraría más sensibilidad hacia la pieza a calibrar. Estudiaría las partes del proceso que perjudican su manufactura, haría reajustes para suprimir los fallos; se informaría de dónde proceden y por qué se originan.

Un parto no tiene horario de oficinista. No descansa para comer y libra al caer el sol. El organismo de la mujer lo pone en marcha de forma natural a través de la producción de oxitocina y endorfinas endógenas, las hormonas que regulan todo el proceso sin ningún efecto secundario. Son las hormonas del placer y del apego; desde el punto de vista psicológico, indispensables para preparar a la madre a la hora de la impronta (el vínculo con su bebé). La oxitocina secretada por la parturienta hace que esta se vaya adecuando poco a poco a contracciones espontáneas y eficaces, que no tienen por qué ser intensas; dejándose llevar por ellas. Por eso muchas veces los profesionales de la asistencia al parto creen que este todavía no ha empezado ya que las contracciones de la mujer son muy suaves y para nada dolorosas.

En los nacimientos como el de mi hija, que se dejan fluir libremente, a menudo se intenta convencer a la mujer de que para parir necesita «una buena dinámica» y que con la suya no va «a ningún sitio» pues sus contracciones no son «fuertes» y no está «rabiando de dolor». «Queríamos un parto natural y tuvimos la suerte, al principio, de que la matrona que nos recibió nos dejara a nuestro aire. Hasta que entró su relevo: me encontró adormecida, de lado sobre la cama, en calma visualizaba a mi bebé abriéndose camino dentro de mí, suavemente, feliz. Era la última parte de la dilatación y yo me sentía en otro espacio, lejos de todo. Se empeñó en ponerme oxitocina porque "eso" ni era un parto ni era nada. Mi marido le dijo que estaba dilatando y que tanto nuestro hijo como

yo estábamos bien, mejor sin intromisiones. Enfurruscada, insistió en hacerme un tacto vaginal para que viéramos nuestra equivocación. Me desconcentró, me puso de los nervios, sentí cómo las contracciones me resultaban más dolorosas. “¿Lo ves?”, relataba mientras inspeccionaba mis genitales. “Si es que tiene que doler, como si yo no hubiera visto miles de partos”. Pero al instante tuvo que reconocer la evidencia: había dilatado completamente. “Un caso raro”, fue su sentencia, para no tener que darnos la razón. Feliz porque Juan ya estuviera más cerca de estar entre mis brazos, logré concentrarme de nuevo». El parto de Laura no es un caso raro, es el reflejo de que se puede dar a luz de otra manera, confiando en la sabiduría de un cuerpo preparado para gestar un hijo y además alumbrarlo.

Un nacimiento fisiológico tira por la borda la tesis de que si no hay dolor no hay parto y que si no existen contracciones intensas no se está dilatando. Como reconoce Carmen Gabilondo, matrona experta: «Se está perdiendo la memoria de lo que es un parto natural». Muchos médicos y matronas creen que un nacimiento es una experiencia dura, incluso terrible, porque han olvidado que la oxitocina sintética no es un elemento del mismo. Por eso la consideran imprescindible para el desarrollo de un parto o para su inicio. La emplean, pues, a fin de aumentar la intensidad, duración y frecuencia de las contracciones o, en su defecto, inducirlas. Con ella, estimulan o provocan un parto. En ambos casos, las contracciones llegarán muy seguidas, sin descanso, con una fuerza inusitada que pondrá en jaque la capacidad de la mujer para evadirse de lo físico concentrándose en su respiración, la pieza clave a la hora de mantenerse relajada. Como consecuencia, a los músculos tampoco se les dará tregua: sin tiempo para recuperarse, la mujer se agotará. Nerviosa, cansada y lejos de su equilibrio interior, la sensación de dolor reverberará como la mala yerba. Así las cosas, será muy difícil que no solicite la epidural antes o después. Al bebé también le afectan estas contracciones impetuosas y reiterativas, a las que a menudo no va a ser capaz de adaptarse. Puede existir entonces un riesgo, una pérdida de bienestar fetal que conducirá a una cesárea.

En *Siete pasos hacia un parto feliz*, Gabilondo explica que existe un círculo vicioso que evitar y otro óptimo que seguir para el buen desenlace de un parto: «Una buena preparación física y mental te ayudará a entender los signos vitales del parto, a relajarte, a dilatar en casa, a ir a la maternidad en el momento adecuado, a dar a luz de forma natural y a dar el pecho a tu hijo». En cambio, «el miedo,

los nervios, llegar a la maternidad antes de tiempo, un ingreso cuando el parto aún está en su fase inicial, la provocación de las contracciones o un parto no negociado son signos que indican que has perdido el control y anuncian un final menos feliz». Esta sí es una clase de educación maternal, pero muy pocas mujeres gozan de la posibilidad de recibirla o de informarse sobre cómo pueden colaborar de forma activa en su propio parto. En vez de enseñarles a respirar escuchando a su cuerpo, acompañando los movimientos del mismo, oxigenándolo, las adoctrinan para levantar los hombros en cada inspiración, forzando el cuello, con lo que hiperventilan y disminuye el oxígeno que le llega al niño. Sufrimiento del feto. Parto instrumental o cesárea.

La OMS recomienda no intervenir en «un nacimiento normal», sin dificultades, si no hay una razón de fuerza mayor. Por ello, entre las prácticas que son «claramente perjudiciales o ineficaces, que deberían ser eliminadas», señala la «perfusión intravenosa de rutina en el parto» y entre las que «a menudo se utilizan inadecuadamente», la «estimulación con oxitocina». A muchas mujeres se les engaña asegurándoles que no es oxitocina lo que les están inyectando sino suero para mantenerlas hidratadas. «Mi dilatación iba viento en popa», cuenta Rosa. «Para ser mi primer parto, en pocas horas estaba logrando abrirme. No obstante, como tenía una vía abierta ("nunca se sabe si puede ser necesaria", me convencieron), me pusieron suero. Les pedí que me lo quitaran, que las contracciones se estaban convirtiendo en más frecuentes, potentes y dolorosas pero se excusaron afirmando que solo era glucosa para llegar con fuerzas al expulsivo. "Da a luz como te dé la gana", me sugerían a mí algunos ginecólogos semanas antes del parto, "pero deja que te abran una vía por si acaso". Me negué». Una parturienta con una vía abierta es un soldado con un proyectil apuntando a su cuerpo, que puede ser disparado en cualquier momento. Así que, visto lo visto, mejor mantener las balas lejos, por si se disparan sin tu permiso.

A otras mujeres se les argumenta que necesitan ayuda para dilatar o que no pueden estar haciéndolo durante horas y horas porque el bebé sufre o que el parto tiene que ser provocado debido a que ya se encuentran «pasadas de fecha», como si se tratara de yogures caducados. Pocos doctores esperan a la semana cuarenta y dos, aunque madre e hijo se mantengan con una salud perfecta; lo normal es provocar el parto antes. No obstante, esta práctica que la OMS aconseja realizar solo por indicación médica (en no más del 10 % de los casos), en demasiados supuestos es llevada a cabo a la

ligera, por conveniencia o por desconocimiento de los riesgos que pueden derivarse de ella. Esto acarrea la mitad de las veces consecuencias desfavorables para la madre: el 50 % acaba con ventosas, fórceps o cesárea. De hecho, es una afirmación más que demostrada la de que el origen más común de la cesárea se halla en las inducciones. Así, partos sin riesgo, para los que hubiera bastado esperar su comienzo espontáneo, se transforman en partos de riesgo que pueden acabar en el empleo de ventosas o fórceps, o en una operación de cirugía mayor.

Presumiendo por supuesto la buena fe de los profesionales, solo cabe entender tal proceder a partir de la ignorancia de sus efectos adversos. Ignorancia que representa un desconocimiento mucho más grave: el de que interferir en un proceso natural que no lo requiere acaba volviéndose en su contra. De ahí que, pese a que muchos bebés sigan naciendo afectados de ictericia (aumento de bilis en la sangre; se manifiesta por el color amarillo de la piel), fruto de inducciones de partos, se mantengan cerrados los ojos a la evidencia científica. A la misma evidencia que alerta sobre que cualquier alteración del equilibrio hormonal de la madre pone en peligro el proceso natural del nacimiento. El miedo, el estrés por el trato deshumanizado y la aplicación de unas prácticas rutinarias, la sensación de soledad, de desamparo, de impotencia ante el hallazgo de haber cedido el control sobre tu propio cuerpo y sobre lo que podría haber sido una experiencia deslumbrante, hacen que la mujer segregue adrenalina, con lo cual se inhibe la producción de oxitocina y, como efecto de ello, se obstaculiza la dilatación. La adrenalina, además, aumenta el tono muscular, lo que no es nada conveniente cuando se está intentando dilatar en vez de contraerse.

Quizá porque en un hospital se antoja casi imposible que una mujer tenga la posibilidad de sentirse relajada, serena, concentrada, asumiendo el control de su parto, informada y consciente de sus decisiones, los médicos, matronas y auxiliares siguen convencidos de que la mujer no es capaz de generar su propia oxitocina, de ahí su necesidad de remedios sintéticos. El discurso está equivocado desde el origen: la mujer produce oxitocina y endorfinas (hormonas ambas del placer y del apego) si nadie perturba su secreción natural, el desarrollo fisiológico del alumbramiento. Por otro lado, diversas investigaciones han comprobado que cuando una mujer recibe la variante sintética su organismo deja de producir oxitocina endógena. Lo natural, sin efectos adversos, cede su sitio como regulador del parto a lo artificial, y esto puede traer consecuencias, que sufrirán madre y bebé. Así, lo extraño a un nacimiento se ofrece

como un elemento consustancial a él, como un componente utilísimo que le es propio porque el cuerpo de la mujer no está concebido para parir.

De otra parte, con excepción de algunos casos difíciles que sí la precisan, cualquier intento por demostrar que las inducciones practicadas disminuyen la mortalidad perinatal ha sido infructuoso. Por el contrario, es un hecho constatado que su aumento guarda una proporción directa con el volumen de morbilidad, esas secuelas (algunas de por vida) que no recoge la estadística oficial.

Sobre la monitorización fetal y el inventor que se arrepiente de lo creado

> *No me hago cargo de un parto donde la paciente se niegue a ser controlada de forma electrónica continua.*

Dentro de la biomedicina, cuántos casos se conocen de científicos que cuestionen el uso que se está haciendo de su invento, que critiquen que su empleo indiscriminado esté generando más inseguridad que confianza. Roberto Caldeyro Barcia, creador del monitor fetal, fue candidato al Premio Nobel en tres ocasiones pero quizá para él hubiera significado un reconocimiento mayor que su invento no fuera banalizado en cada hospital del mundo con posibles. Indignado por cómo se trivializaba su hallazgo sobre el control del latido fetal, llegó a manifestar que él había inventado el monitor para ayudar al 10 % de embarazadas que lo necesitan (con partos difíciles), no para originarle problemas al 90 % restante.

Una vez demostrada que la monitorización rutinaria no tiene efectos positivos sobre el bebé o la madre, la propia OMS, en sus recomendaciones generales sobre los derechos de la mujer embarazada y del bebé (publicadas en la Conferencia Internacional de Fortaleza, en abril de 1985), señala que «no se debería hacer uso del monitor más que en casos médicos cuidadosamente seleccionados y valorados, cuando hay un riesgo de mortalidad perinatal o cuando el parto ha sido provocado artificialmente. Los países que disponen de esta tecnología y de personal cualificado para su uso deberían estudiar cuidadosamente cuáles son los grupos de mujeres embarazadas susceptibles de beneficiarse del control electrónico del feto. En ausencia de estos datos, los servicios de salud deberían abstenerse de comprar nuevos aparatos de monitorización». Nueve años después, tras múltiples comparaciones entre la auscultación y la monitorización electrónica del feto, la

misma organización expone: «El método de elección para el control del feto durante el parto normal es la auscultación intermitente. Solo en mujeres con incremento de riesgo, la monitorización electrónica parece ser ventajosa. En la mayoría de partos, sin aumento de riesgo, la monitorización electrónica incrementa el número de intervenciones sin un claro beneficio para el feto y con incomodidad adicional para las mujeres».

La realidad del parto mecanicista hospitalario es bien distinta; su modo de entrometerse en un acto fisiológico exige incorporar la técnica como un elemento imprescindible del nacimiento incluso cuando no hay riesgo ni complicación alguna, pues su esencia se fundamenta en el sometimiento de la naturaleza, en la intervención siempre obligada sobre esta por ese potencial «y si…». El problema es que se dan casi tantos «y si» como partos, ya que según la teoría del embarazo como enfermedad cualquier nacimiento es susceptible de desviarse hacia lo patológico en un instante u otro. Por ello abundan los partos provocados o las estimulaciones de partos en curso, que obligan al estudio permanente del organismo de la madre y del bebé porque no es posible averiguar cómo van a responder a un alumbramiento iniciado sin estar preparados para ello, o a la abreviación de un proceso que posee unos tiempos propios de espera. De nuevo se comprueba la veracidad del axioma que subraya que disponer de la tecnología adecuada supone muchas veces hacer uso de ella sin necesidad. No importa que, amarrada por la cinta de velcro que sujeta los sensores del monitor fetal a su abdomen (un traductor de ultrasonidos que registra el latido cardíaco fetal y un marcador que mide la intensidad y duración de las contracciones uterinas), la mujer no disponga de libertad de postura ni de movimiento durante horas.

«Así, tumbada y quietecita, que se pierden los latidos del feto», es la frase más utilizada en un hospital para dirigirse a una parturienta. De hecho, si una mujer quiere que le hagan caso solo tiene que moverse; al momento, aparecerá una matrona o un auxiliar para afearle la conducta. A lo incómodo de la postura (tendida sobre la espalda) se le une la orden de la inmovilidad si no se quiere perjudicar al bebé. Según esta premisa, colocarse de lado es de madres irresponsables: se pierden los latidos del feto; levantarse es de madres irresponsables: se pierden los latidos del feto; erguirse por una arcada, estremecerse de frío, inclinarse por un entumecimiento es de madres irresponsables: se desvirtúa el registro del latido fetal. Por tanto, una buena madre solo es aquella que permanece quieta, tumbada boca arriba, aunque la potencia de

las contracciones arrastradas por la oxitocina en vena la desmiembre. Impasible, impertérrita, con una respiración de hombros arriba ummm, jahhh, ummm, jahhh, conectada a un aparato electrónico que devuelve el ritmo cardíaco del bebé a todo volumen; presa del agotamiento y del nerviosismo (por mantener una posición anti natura), que provocará un aumento abismal en la sensación de dolor, sufriendo hasta que llegue la bendita analgesia, «para eso está la epidural». Para eso también estarán luego la episiotomía, las ventosas, los fórceps o la cesárea. El círculo infernal se vuelve a cerrar sobre la mujer que da a luz: se la pone en riesgo para ser salvada luego de un peligro que es achacado a ella misma, a su incapacidad para parir sin la medicina y la técnica.

Desde el punto de vista de la empresa, es una campaña de marketing infalible: se trata de crear la necesidad a fin de que la demanda resulte obligada, y el público adquiera encima lo ofertado con agradecimiento. *Voilá*, el parto medicalizado ya tiene su razón de ser: él mismo crea el problema y lo resuelve. Sin él no habría tal dificultad, pero sin él tampoco se solucionaría la dificultad generada. El parto medicalizado se exige a sí mismo; es tan obvio que asusta. Su manera de intervenir en un proceso natural que no lo precisa altera este proceso convirtiéndolo en un acto impredecible, de consecuencias desconocidas sobre madre y bebé. A partir de aquí, se justifica que cada práctica médica requiera de otra que la controle o que intente equilibrar sus desmanes.

En este sentido, se especifica en uno de los *best sellers* americanos sobre el embarazo (traducido a nuestra lengua), *Qué se puede esperar cuando se está esperando*, que «en algunos hospitales (españoles), todas *las pacientes* son controladas electrónicamente durante la dilatación y el parto. Y virtualmente en todos los hospitales, por lo menos la mitad de *las pacientes* son conectadas a un monitor electrónico, en especial las que pertenecen a las categorías de alto riesgo, las que presentan coloración con meconio del líquido amniótico, las que reciben oxitocina, las que han recibido epidural o las que están pasando por un parto difícil». O sea, ¡TODAS!, atendiendo a la concepción del embarazo como patología, y de la mujer encinta como enferma y paciente de un hospital. Tanto es así que algunos obstetras no se hacen responsables de un parto en que «*la paciente* se niegue a ser controlada de forma electrónica continua durante la dilatación y el parto», asegurando que supone una locura dilatar y parir sin monitor o con un control intermitente del feto. Lo cual no posee validez científica alguna; muy al contrario, en los alumbramientos

sin dificultades, las mujeres no sujetas a la constante fuente de incomodidad y desconcentración del monitor u observadas en cambio a través del empleo de este en períodos de tiempo muy breves (diez o quince minutos, en puntos concretos de la dilatación), con el volumen del mismo muy bajo, dilatan con fluidez, fruto de una óptima actitud relajada. Si todo ello va unido, claro está, a un trato afectuoso, y al respeto de la intimidad y del libre movimiento.

¿A qué obedece entonces esta testarudez enfrentada a las sociedades de ciencia y a la OMS, que alertan sobre la utilización del monitor fetal en los partos que no lo necesitan, la inmensa mayoría? Testarudez, por otra parte, inexplicable tras la crítica de su propio creador a la trivialidad actual de su empleo, a su extensión forzada a todos los nacimientos. Más aún después de que se haya hecho evidente que sus lecturas son erróneas muchas veces y que estas falsas alarmas conducen a la práctica de una cesárea de urgencia inútil.

Tanto la monitorización externa como la interna (se fija un electrodo al cuero cabelludo del bebé a través del cuello uterino) tienen fallos múltiples: una lectura que indique el bienestar del bebé suele ser casi siempre veraz, pero las lecturas que avisan sobre algún problema en bastantes ocasiones constituyen una falsa alarma (técnicamente, son falsos positivos). De modo que es común que, al dejarse guiar por el registro, sin ninguna prueba más, un profesional entienda que existe sufrimiento del feto cuando únicamente hay una presión sobre el cordón umbilical o sobre la vena cava de la madre (inducida por estar echada sobre la espalda), o una fase de sueño del bebé, como en el caso del alumbramiento de mi hija. «Tendremos que ir a una cesárea», la primera matrona que me asignaron en el hospital, vio sufrimiento fetal donde mi hija solo había visto la posibilidad de echarse un sueñecito antes de iniciar el descenso por el canal del parto. Qué lecciones acerca de la puesta en marcha fisiológica del organismo para la separación nos regalan los bebés. Bastaría, por tanto, con permitir que la madre cambiara de postura (preferiblemente hacia el lado izquierdo) o que se levantara, con reducir o eliminar la cantidad de oxitocina inyectada o con observar si el bebé está dormido. No parece tan difícil cuando de lo que se trata es de evitar una innecesaria operación de cirugía mayor. Y, no obstante, se sigue confiando en el monitor fetal como el creyente fiel en la Biblia, sin dudar de las distintas lecturas que puede haber de una misma página.

¿A qué responde tenerlo en tan alta estima si su infalibilidad ha

sido puesta ya en entredicho? Al desconocimiento; esa es la simple y a un tiempo terrible realidad. No al desconocimiento de sus consecuencias sino a la ignorancia (porque su práctica se ha perdido) de otras formas de control fetal muy válidas y sin riesgo alguno. La insistencia de los profesionales en la monitorización para valorar el comportamiento del bebé ante las contracciones del útero no se debe, pues, a un avance en la formación de quienes asisten un parto, sino a un retroceso cuyos efectos se ensañan con madre e hijo. Como descubre con lucidez Isabel Fernández en *La revolución del nacimiento*: «El mejor conocimiento de la fisiología no ha ayudado a confiar más en la mujer y en su propia naturaleza, sino a intervenirla mejor».

«Así, tumbadita»: la episiotomía y la postura para dar a luz

> *Lloro casi a todas horas por no poder hacer el amor con mi pareja, por no poder disfrutar de algo que me fue arrebatado, el goce de mi propio cuerpo. Desde entonces, estoy en terapia; todo porque ¡una mujer! pensaba que para proteger mi periné tenía que rajarlo.*

En ninguna cultura conocida la mujer se tumba voluntariamente sobre la espalda, con las piernas en alto, a la hora de la dilatación y del parto. Por una razón irrebatible: el cuerpo es sabio; motu proprio, no sitúa más obstáculos de los ya existentes en el recorrido hacia el mundo exterior del que va a nacer. Para salir del útero, el bebé ha de atravesar la cavidad pélvica de su madre: debe bajar y luego subir, pues en su marcha va siguiendo la parte inferior de la espalda de esta, y esa parte tiene forma de arco. Más aún en el caso de las embarazadas, que tienden a subrayar esa curvatura por el propio peso del niño (que tira del vientre hacia delante) y como reacción común frente al dolor. Como consecuencia de ello, el peso del cuerpo de la madre recae sobre los hombros y las nalgas; con lo cual, el hijo se ve obligado a atravesar un camino alargado, estrecho y angosto. Además, echada boca arriba, esa lordosis hace que el pubis se aleje del ombligo; lo que adelgaza el canal del parto y convierte en un ejercicio de contorsionista la entrada en él de la cabeza del bebé.

Tendida boca arriba la madre, con la espalda arqueada, ella y su hijo se ven forzados a redoblar sus esfuerzos para encontrarse cuando lo sencillo sería potenciar que la mujer hallara su propia postura, de pie, en cuclillas, a cuatro patas... El saber innato de su cuerpo buscará la verticalidad, los movimientos de rotación de la

pelvis (como si se tratara de desenroscar el tapón de una botella) para acompañar los giros del bebé en su descenso, y asimismo lanzará al bebé hacia la salida por una línea recta, al llevar la pelvis hacia delante y aproximarla al ombligo.

En el nacimiento de mi hija, encerrada en el baño a oscuras y abandonada al oleaje de las contracciones en absoluta calma, mi cuerpo comenzó a realizar movimientos rotatorios de la pelvis para ayudar a Ruth a descender: mi pelvis dibujaba círculos, mi hija dibujaba círculos; juntas, coordinábamos nuestros movimientos convirtiéndolos en uno solo. En uno de los momentos en que los ruidos del hospital me desconcentraron, me encontré girando mi pelvis muy suavemente mientras respiraba por la vagina. Y hasta me asusté un instante porque no era yo de forma intencionada quien había iniciado esos giros, era mi instinto, ese conocimiento interior que la relajación permitía fluir a fin de deslizarnos a Ruth y a mí hacia la meta. En cambio, si me hubieran inyectado oxitocina y obligado a permanecer tumbada durante la dilatación y el expulsivo, el proceso involuntario del parto, donde lo crucial es abandonar el control y evadirse del mundo racional para dejar hacer al cuerpo, no hubiera podido progresar en una postura antifisiológica e incómoda que reverberaría la sensación de dolor, combaría mi espalda y dejaría sola a mi hija ante una carrera de obstáculos. La consecuencia más probable hubiese sido la de enviarme a un parto con ventosas o fórceps, o a una cesárea porque mi hija no bajara. «No baja», me habría hecho saber entonces el ginecólogo de turno, como a tantas y tantas mujeres en sus partos respectivos. Cómo va a bajar un bebé por el canal alargado y estrecho de la vagina de una madre inmóvil, en posición horizontal, en contra de la fuerza de la gravedad. Cómo va la madre a escuchar su cuerpo para entrar en un estado de consciencia tal que bascule la pelvis hacia delante a fin de que los músculos que rodean la vagina se abran, y se agrande así el canal por el que ha de desplazarse su hijo. Cómo no va a sufrir un bebé a cuya madre se le insta a permanecer tumbada de espaldas. Con ello, se presiona la vena cava inferior, se reduce el oxígeno del útero y se entorpece la circulación de la sangre de la placenta al bebé, lo que puede alterar el ritmo cardíaco de este y que el monitor diagnostique un sufrimiento del feto. Cesárea. Esto es, se dificulta un parto que no tenía problema alguno, y al haberse convertido así en un parto difícil, se le practican las intervenciones oportunas para desenredar de manera artificial lo enredado.

Con el añadido de la oxitocina, el caso de Rosario ilustra las

trabas que traslada al alumbramiento una posición que lo entorpece y complica:

Di a luz a las treinta y seis horas de que me provocaran el parto. En todo ese tiempo, solo me permitieron levantarme una vez. Como no paraban de decirme que empujara aunque no tuviese ganas, yo empujé, empujé hasta defecar. Para cambiar las sábanas, dejaron que estuviera de pie. Fue un instante apenas, pero para mí supuso todo un lujo, un alivio; con la gravedad tirando de mi hija, mi cuerpo por fin tuvo un respiro.

Me ingresaron porque el ginecólogo me comunicó que tenía una fisura en la bolsa del líquido amniótico y que había que inducir el parto. Me inyectaron oxitocina para que mi cuerpo generara la suya propia, según la enfermera. Me conectaron al monitor y me ordenaron que no me moviera. No me moví… durante horas, incluso cuando me hicieron tactos vaginales; me mantuve quieta porque ellos eran los expertos y yo únicamente una mujer que iba a parir. «Así, tumbadita», me repetían una y otra vez. Pasado un tiempo, la matrona vino para decirme que no estaba produciendo oxitocina, por lo que me tendrían que colocar el goteo: oxitocina y más oxitocina externa para mi cuerpo que era incapaz de secretarla. Con ella, las contracciones se hicieron más fuertes y seguidas, pero aún eran soportables. «Es que tú no dilatas», me anunció la matrona al cabo de una hora, «ni con el goteo». ¿Qué imperfección tendría mi cuerpo? ¿Dónde se encontraba esa imposibilidad mía para dilatar?, pensaba yo entre tacto y tacto, sin moverme, tumbada sobre mi espalda. Las demás mujeres que habían ingresado conmigo ya habían parido: con la oxitocina sintética habían dilatado todas, como tiene que ser. Todas menos yo. Por eso me llevaron a la sala de enfermeras, para pasar la noche con ellas, más atendida, sin mi marido (no le dejaron pasar).

Con la luz de la mañana, vino a verme una matrona que me hizo daño en el tacto vaginal. Estaba apenas de cuatro centímetros, así que me inyectaron más oxitocina. Y ahora sí las contracciones se apoderaron de mí sin tregua, sin permitirme respirar; sin descanso para un cuerpo que ya estaba dolorido y rígido por la misma postura mantenida desde el ingreso. Al rato, me llevaron a ponerme la epidural. «¿Todo bien en tu espalda?», me preguntó el anestesista, ya casi manos a la obra. «Sí, muy bien, menos el problemilla que tengo en una vértebra», se me ocurrió contestarle entre contracción y contracción. «¿Problemilla, qué problemilla? Tenías que haberme traído una radiografía de la columna, porque yo así no puedo arriesgarme. ¿Lo entiendes, verdad?». Yo lo entendía, pero él no paraba de justificarse: «A ver si por unos dolorcillos de parto hacemos algo de lo que después

tengamos que arrepentirnos». En vez de un anestesista que se negaba a poner una epidural, parecía un amante que no supiera cómo terminar con su ligue. Yo reventaba de dolores y entumecimientos mientras él seguía a lo suyo: «Es un rato y se pasa; todos sabemos cómo son los dolores de parto». Sobre todo él, que era un hombre: jamás pariría y mucho menos con oxitocina venida de fuera. Así que me quedé sin epidural, con el cuerpo deshecho por el dolor y el esfuerzo y el cansancio de la misma posición hora tras hora. «Tú empuja, que así se dilata antes», me pedían. Obediente, me agarraba a mis últimas fuerzas para hacerles caso. A cambio, yo les rogaba sin éxito que me dejaran incorporarme. Cuando vieron mis heces, dejaron que me levantara unos segundos. «En esta posición me encuentro mejor», les insinuaba yo para que pudiera quedarme de pie o en cuclillas, donde la intensidad de las contracciones era más llevadera. «Sí, hombre, y si quieres también pares en vertical». No, en vertical, no, claro; parí horizontalmente, como está mandado.

A las tres de la tarde, solo tenía ocho centímetros. Como la matrona me había prometido que con ocho centímetros me llevaría al paritorio, le conminé a que cumpliera su promesa. Se resistió lo que pudo. «Sigue empujando un poco más», decía. Pero yo solo quería acabar cuanto antes: el dolor y el cansancio, el cansancio y el dolor eran mi único referente. Necesitaba que todo se terminara de una buena vez y que mi hija estuviera en mis brazos, sana y salva. De manera que me condujeron al paritorio: «Está muy alta. Si no baja, habrá que hacer una cesárea», escuchaba yo pujo va, pujo viene. Durante unos minutos que me parecieron un siglo estuve empujando: mi hija bajaba un poquito y volvía a subir. Se le veía la coronilla y dejaba de vérsele en un momento. Una vez y otra. Como una ola que rompe en la orilla para retirarse de nuevo hacia dentro. Tumbada, con las piernas en los estribos y sin ningún sitio al que asirme para hacer fuerza, todo era inútil. Mis riñones eran ya dos fogatas encendidas que quemaban y dolían por igual. «Empuja, que puedes», me exhortaba la matrona. Claro que hubiera podido: de otra forma, sin sentirme agotada, dolorida entera, en otro ambiente, con otra postura… Entró el ginecólogo, despidieron a mi marido, adiós, muy buenas, me pusieron una mascarilla y me dormí. Cuando abrí los ojos, me estaban cosiendo; mi marido, presa del llanto, tenía abrazada a nuestra hija. Había nacido con ventosas, entre las luces potentes de los focos del techo y rodeada de personas extrañas, vestidas de verde, que hablaban a través de mascarillas de sus preocupaciones cotidianas como si estuviesen solas, en su salón-comedor. «En un paritorio. ¿Qué esperabas?», refunfuñó una auxiliar. Eso digo yo: qué esperaba.

A la embarazada se le obliga a dilatar y a parir con una postura que rechaza su cuerpo porque aumenta la sensación de dolor, agota a madre y bebé, cubre de maleza el camino de este y desconecta a la mujer de su propio parto al impedirle seguir los dictados de su instinto. Así las cosas, durante la dilatación será muy difícil dejarse llevar por el vaivén de las contracciones, relajada, abierta a la vida, modificando la respiración de manera innata e inconsciente para adecuarla a los movimientos del bebé. Como resultado, la mujer tiene muchas papeletas de agenciarse el gran premio de la analgesia epidural, que, durante la fase expulsiva, será una dificultad más a sortear, junto a la posición horizontal con las piernas en los estribos. Sin la ayuda de la gran masa muscular de las extremidades inferiores e insensibilizada sobre el potro obstétrico, con la zona lumbar combada, y con la respiración rápida y superficial de jadeo a modo de perrito primero y luego profunda, de retención, que le han enseñado en la educación maternal, es lógico que la mujer sienta que no está capacitada para dar a luz, que un parto es un proceso complicado y agotador; que como mejor está es cediendo el control de su cuerpo a alguien que dirija sus pujos, descienda a su hijo, lo extraiga y la libre a ella de semejante penar. De esta manera, la obstetricia medicalizada convierte el acto del nacimiento en la subida al monte Calvario, con el objetivo de que a la mujer solo le resten fuerzas para reclamar el pronto descendimiento de la cruz. Su misión salvífica hace de las suyas sobre una madre agradecida por haber suplido con la técnica su ineptitud para el alumbramiento.

Si las mujeres conocieran el maravilloso poder de sus cuerpos, su preparación sapientísima para gestar un hijo y alumbrarlo, confiarían en sí mismas y en lo involuntario de un proceso que impone el abandono como condición sine qua non. Sin embargo, a las futuras madres se les enseña a desconfiar de su naturaleza animal en vez de a dejarse conducir por ella. Por eso, con frecuencia las embarazadas dudan de si recordarán cómo respirar o de si sabrán hacerlo de modo correcto. «Se me va a olvidar respirar» o «no sé respirar», afirman como si la respiración no dependiera de su estado anímico y hormonal, más aún durante el parto. En la preparación maternal se les enseña a las mujeres a prepararse para *un* parto, el medicalizado. Por tanto, se las adoctrina para sincronizar su comportamiento con la conducta deseada, la de la pasividad, desligándose de su inteligencia natural y asumiendo como imprescindibles actuaciones que no lo son en absoluto. Dentro de esta concepción del parto mecanicista, tiene cabida la enseñanza

de unos ejercicios respiratorios que conducen al agotamiento instantáneo, cuando no a estados de hiperventilación. ¿Alguien puede creer de verdad que el modo de respirar que se pide a una embarazada en la primera parte del alumbramiento, correspondiente a un estado de ansiedad y tensión extremas, le ayude a estar relajada? ¿Cómo va a tranquilizarse y a dilatar una mujer con jadeos nerviosos, elevando los hombros y contrayendo los músculos que rodean la vagina? ¿Y cómo va a propiciarse, en la segunda fase, una salida natural del bebé con una manera de respirar que retiene el aire en los pulmones, mientras que la espalda, arqueada, le resta movimiento al diafragma y por consiguiente al periné?

La respiración no es un acto voluntarista que pueda enseñarse de forma mecánica; es una función natural, el organismo la regula y adapta a cada circunstancia a través del sistema nervioso y de las hormonas. Para el buen desarrollo de un parto, en la respiración de una embarazada participan tres amigos indisociables: el diafragma, el periné y el interior de los muslos. Si el diafragma se bloquea (por ejemplo, con la técnica respiratoria descrita, que tensa y comba la espalda), se bloquea también el periné, con lo cual se dificulta el alumbramiento. La movilidad de uno hace posible la movilidad del otro, y la del interior de los muslos. Así pues, llevada por su instinto, la parturienta tiende a alargar la parte inferior de su espalda y a relajar los músculos internos de los muslos. La respiración que acompaña tal movimiento se basa en inspiraciones que oxigenan todo el organismo, como si el aire entrara por los pies, ascendiera por las piernas y después por la columna vertebral para ser exhalado luego, aflojando la nuca y la boca, por la vagina. Sin esfuerzo. Sin tensión. De tal modo que, al salir el aire, el pubis se dirige hacia el ombligo, con lo que se ensancha la entrada del canal pelviano. No se trata de un disparate; la respiración por la vagina se corresponde con una sensación real. En el momento en que se exhala por una boca expandida y relajada, los músculos de la pelvis también se relajan, lo que proporciona una sensación de apertura vaginal muy similar a la de la salida de una corriente de aire.

En un cuerpo destensado, abierto a la vida y a la experiencia única del nacimiento, las distintas fuerzas en liza no se oponen; al contrario, se complementan: los músculos del útero se contraen para abrir el cuello mientras que los de la pelvis se relajan, se estiran para permitir el paso del bebé. He vivido esa experiencia de sentir cómo mi cuerpo recibía el aire, cómo este lo atravesaba

liberándolo de tensiones y miedos para ser más tarde expelido. Como si se tratara de un tránsito vital, de aceptar recibir para poder entregar. En eso consiste la respiración: el aire entra, el aire sale. En eso consiste asimismo la vivencia del parto natural: en abandonarse a la apertura y a la entrega, en estar preparada para que el cuerpo libere el aire y, con él, la vida. Es así de simple.

El organismo de la mujer encinta es un cosmos minúsculo, sin fallos, que no sabe de anomalías en la dilatación si se le deja dilatar en paz, a su ritmo; como tampoco sabe de disfunciones a la hora de la apertura si se le permite abrirse según los dictados de su sabiduría innata. Pero la obstetricia actual desconfía del cuerpo femenino, de las leyes fisiológicas que lo regulan y guardan. Por eso se obstina en que la mujer dé a luz tumbada sobre la espalda, sin el recurso de unas piernas que se mantienen en alto, separadas a modo de tijeras, con los aductores contraídos y agarrotados los músculos que rodean la vagina. El trabajo de parto se vuelve entonces doloroso y extenuante para un cuerpo rígido que intenta respirar de forma opuesta a aquella a la que está destinado por naturaleza.

Respecto a la postura, en *Cuidados en el parto normal*, la OMS recoge, entre las prácticas que son «claramente perjudiciales o ineficaces que deberían ser eliminadas», la posición tumbada boca arriba «de rutina» durante la dilatación y el parto, con estribos o sin estos. Y entre las que son «claramente útiles y que deberían ser promovidas», la movilidad y la libertad de posición a lo largo de todo el proceso del nacimiento. Sabedora de que la postura horizontal, además de las consecuencias mencionadas, las más de las veces trae consigo el corte del periné para ampliar el diámetro de la vagina, como si esta no fuera lo suficientemente elástica si se la deja tranquila, sin «ayuda extra». Por eso la OMS se ha encargado de investigar a fondo la necesidad real de este ensanche quirúrgico vaginal. La conclusión de todos esos estudios es que la episiotomía tiene a la evidencia científica en contra, a la evidencia científica y al sentido común. De ahí que, en su «clasificación de las prácticas en el parto normal» de 1999, tache a la episiotomía «rutinaria» de una de las «formas de cuidado que deberían abandonarse». Para desmitificarla, basta hacer referencia a los datos del estudio que la OMS encargó realizar en tres hospitales argentinos. De los dos mil casos objeto de análisis, solo alrededor del 30 % se debía a un criterio de funcionalidad real, y ello aceptando que en gran parte de esos supuestos dicha práctica podría haber sido fácilmente evitada permitiendo a la mujer adoptar una postura que potenciara la verticalidad.

Desde el punto de vista médico, la casi totalidad de las episiotomías realizadas no tiene función alguna de ayuda al buen desenlace de un parto. No obstante, dentro de una mal entendida obstetricia preventiva, que intenta evitarle a la mujer una lesión causándole otra, se le practica a casi todas las primíparas y a un porcentaje elevadísimo de multíparas con la excusa de que previene desgarros graves. Pero tal razón no se sostiene porque es la propia episiotomía la causante de la mayoría de los desgarros graves o incluso muy graves, que llevan añadidos problemas relacionados con la continencia de las heces y con el desarrollo de una vida sexual plena en el postparto. O lo que es lo mismo, afirmar que con una episiotomía se preserva de sufrir un desgarro a la mujer encinta es tanto como suponer que quemando a alguien se le libra de una quemadura.

La incisión en el perineo puede constituir una fuente de hemorragias e infecciones después del alumbramiento. Para saber más sobre ello, es muy recomendable el librito con forma de acordeón *Vaginas que no serían así si no te hubieran conocido*, de Cristina Vadillo, que informa sobre sus consecuencias desde la atención primaria. La práctica de la episiotomía está recorrida de historias de madres recientes con desgarros anales, así como con coitos dolorosos. La que sigue a continuación es una de tantas:

Las contracciones de parto vinieron sin previo aviso; al poco de iniciarse eran ya muy seguidas, profundas. Salimos corriendo de casa; eso sí, yo muy tranquila: era mi segundo parto. El primero había sido muy rápido, natural (sin pretenderlo) en un centro hospitalario; como llegué también por los pelos, no dio tiempo de oxitocina, epidural ni episiotomía. Fue maravilloso, el personal me trató con mucho mimo y a la vez haciéndome sentir que yo tenía el poder. Después me contaron que se trataba de un hospital que intentaba humanizar el parto en la medida de lo posible. Tan respetuoso fue todo, tan fácil, que ni siquiera tuve un pequeño desgarro. Nada. Pero hete aquí que para mi segundo parto nos habíamos tenido que trasladar de ciudad. Yo iba confiada, creyendo (inocente, más que inocente) que todo iba a ser igual. Pero todo fue al revés: cuando llegué, me condujeron al paritorio, donde me rasuraron. Les pregunté por qué lo hacían y una de las mujeres presentes me contestó que si quería llenar a mi hijo de microbios. ¡Qué microbios! ¿Los de mi pubis? Por lo visto, era la matrona, que no se había dignado siquiera a identificarse. Acto seguido escuché: «El niño está ya aquí»; yo intentaba erguirme todo lo que podía porque me habían tumbado aunque el cuerpo me pidiera incorporarse, y así vi su mano enguantada una milésima de segundo antes de que me cortara la vagina. Mi matrona

gozó del maravilloso honor de practicarme una chapuza de episiotomía perfectamente innecesaria. Fue una mujer la que me cortó, fue una mujer a quien yo pregunté por qué y fue una mujer la que me respondió que cómo quería que sacara (utilizó el verbo sacar con mi hijo) al feto, «¿por arte de magia?». Sacaron a mi hijo y no dejaron que lo tocara hasta pasado un rato, «hay que prepararlo».

No, no hubo magia en mi parto, hubo maltrato, hubo angustia, hubo incomprensión, hubo impotencia, pero nada de magia. No hay ningún mago que pueda arreglar lo que ese «cortecito del que no te vas ni a enterar» ha traído a mi vida. Tengo treinta años, hace dos que parí por segunda vez, dos años en los que pensar en el sexo es pensar en un monstruo del que huir, en un acto doloroso; en un sufrimiento perenne. Lloro casi a todas horas por no poder hacer el amor con mi pareja, por no poder disfrutar de algo que me fue arrebatado, el goce de mi propio cuerpo. Desde entonces estoy en terapia; todo porque ¡una mujer! pensaba que para proteger mi periné tenía que rajarlo.

Si su necesidad fuera real, los distintos países o más aún los diferentes hospitales de un mismo sistema de atención perinatal habrían de tener niveles parecidos. Lo que, desde luego, no sucede: Holanda, por ejemplo, posee una tasa de episiotomías del 8 % mientras que la de España supera ahora el 70 %, aunque hace unos años era incluso del 89 %. ¿Eso significa que las españolas precisan de una episiotomía unos años más que otros? ¿O que el 70 ó 89 % de las vaginas de las mujeres de nuestro país no está preparado genéticamente para distenderse a fin de dejar paso a un bebé? Es más, en España hay centros hospitalarios con cifras ínfimas de episiotomía frente a otros con niveles que rondan el 100 %. ¿Se debe esto a que casi todas las mujeres de una ciudad o provincia determinadas necesitan una incisión en su periné para disponer de una abertura de la vagina que no pueden lograr de modo natural? No es de extrañar que, con cifras como las mencionadas, nuestro país esté en el punto de mira de la OMS, siendo su comportamiento reprobado por ella una y otra vez al cuadruplicar el volumen máximo de episiotomías que los estudios científicos avalan como tope, en torno al 20 ó 30 %. Las revisiones de la Cochrane lo sitúan en este último extremo, pues se ha comprobado que los casos donde se necesita la realización de esta práctica no suelen superar ese porcentaje. Por lo que se refiere a nuestro número de episiotomías (calificado de «auténtica mutilación genital»), el doctor Wagner, ex director del Departamento de Salud Materno-Infantil de la OMS, asegura que «constituye un escándalo y una tragedia».

Se antoja aterrador que muchas veces sean las propias mujeres

quienes corten los genitales de sus congéneres evitando plantearse pregunta alguna sobre su verdadera utilidad. Y es que es cierto, el conocimiento del cuerpo femenino no ha hecho que se le tenga más en cuenta, que se le escuche, sino que se le someta con más ardides y armas. La episiotomía, como la instauración del miedo al dolor en el parto, es una forma más de sometimiento a la mujer. Primero se la despersonaliza, se la convierte en una cigüeña inane, se la domestica y adoctrina para aceptar más tarde como naturales intervenciones que laceran su cuerpo desligándolo de su saber ancestral, de su inteligencia femenina, de su memoria. La interiorización del temor al parto y, dentro de este, del temor al dolor y al desgarro, representa una manera sutil de mantener alienada a la mujer para que esta no se deje llevar por su instinto de hembra mamífera. El instinto no puede ser sometido a control, no puede ser alterado o intervenido de forma directa así que se interviene en él a través del cuerpo de ella. De este modo, se altera el proceso natural del nacimiento modificando la bioquímica de la mujer encinta, su respiración, así como su movilidad, hasta que ella olvida que es una mujer encinta y se convence de que solo es un cuerpo que trae un bebé para que otros lo extraigan.

En una postura contraria a la gravedad (que aumenta la superficie de fricción) y acelerada (o incluso iniciada) la dilatación con oxitocina intravenosa, los tejidos tienden al desgarro porque se les ha impedido prepararse para un acontecimiento al que están destinados naturalmente. En cambio, sin dilatación artificial, en absoluta calma, con libertad de movimiento y de respiración, y en la intimidad que dar a luz precisa, los tejidos no se tensan, no rozan, no retienen; no impiden el paso, en suma. Al revés, acompañan, movidos por la perfecta sincronía de fuerzas que deslizan al bebé hacia fuera. En el nacimiento de Ruth no hubo tensión, ni retención; no hubo desgarros. Colgado del cuello del hombre que ama, mi cuerpo se abrió a la vida del mismo modo que yo me abrí para dejar ir a mi hija. No hubo bloqueo del tránsito; no hubo fricción. Mi mente y mi boca estaban relajadas, como también lo estaba mi vagina, que respiraba libre.

Parto instrumental: el empleo de ventosas o fórceps

> *No sabía que anestesiada no tendría control sobre mis piernas y sobre la dirección de la fuerza de mis pujos. Ya en el paritorio, empujaba y empujaba, pero mi hija al poco de bajar volvía a subir.*

En 2004, un curso sobre la instrumentalización del parto reunió solo a cinco médicos mientras que, el mismo año, los simposios sobre los diferentes tipos de tumores estudiados por la ginecología y la obstetricia, sobre laparoscopia, endoscopia y las distintas operaciones para resolver determinadas patologías se abarrotaron de ginecólogos expectantes. De lo que se deduce que los ginecólogos quieren ser los protagonistas del nacimiento sin estudiar lo que le afecta a este. No es de extrañar que muy pocos estén al día del mejor conocimiento científico disponible que aboga por los beneficios del parto no medicalizado y que, por ello, no se conciencien acerca de las ventajas de un parto de baja o nula intervención. Se oponen a él desde la ignorancia de los estudios de las sociedades de ciencia porque su preocupación es otra: informarse sobre la multitud de patologías que pueden afectar al aparato sexual y reproductor de la mujer e indagar acerca de los avances realizados en su cura. ¿A quién le interesaría saber las consecuencias sobre madre y bebé de la utilización de las ventosas y de los fórceps en un nacimiento pudiendo conocer las últimas novedades médicas sobre el cáncer de útero? El procesamiento de esta segunda información no excluye el de la primera, y viceversa. Sin embargo, agobiados de trabajo y de referencias bibliográficas para mantener actualizados sus conocimientos, parece que los médicos se ven obligados a elegir una de las dos opciones; casi nunca la referida al parto, en la creencia de que de este se conoce todo o que con lo sabido sobra a la hora de enfrentarlo con garantías.

Solo esta forma de pensar y de conducirse del común de los ginecólogos puede explicar la elevada tasa de partos instrumentales de España, un 23 %. En las últimas cifras perinatales publicadas por la SEGO, hace cuatro años, se recoge además la proporción del uso de ventosas y fórceps: el 60 % de los partos instrumentales se realiza con fórceps y el 40 %, con ventosas; ambos se emplean en numerosas ocasiones para abreviar la fase expulsiva. Comparada con la tasa de partos instrumentales de Gran Bretaña y de los países nórdicos, la de España es el doble, en la proporción inversa a la recomendada. En Estados Unidos, por ejemplo, estos porcentajes son: 20 % de fórceps y 80 % de ventosas.

La OMS aconseja que si hay necesidad de llevar a cabo un parto instrumental se haga uso primero de la ventosa y en segundo lugar de los fórceps. Por tanto, estos solo tendrían que ser empleados en casos muy concretos de pérdida de bienestar fetal y jamás para abreviar el tiempo de la expulsión, ya que con ellos las

posibilidades de dejar afectada la zona del periné son mucho mayores. Habida cuenta de esto, lo lógico sería dar marcha atrás en la práctica del parto instrumental o por lo menos empezar por reducir las cifras de nacimientos con fórceps. Eso sería lo lógico, pero en nuestro país la razón se queda casi siempre en la cara externa de la puerta de un paritorio. Por eso, la tendencia actual no es la de invertir el proceso sino la de aumentar las proporciones existentes. Pues todo ello va unido a la proliferación del empleo de analgesia epidural. Tanto es así que en las comunidades donde se utiliza más analgesia epidural la cantidad de partos instrumentales se dispara; este es el caso de Cataluña. Nadie parece prestarle atención a que los desgarros perineales graves y las incontinencias de heces crezcan en la misma medida porque en este tipo de partos donde el ginecólogo se ayuda de ventosas o fórceps las probabilidades de que deba realizarse una episiotomía son muchísimo mayores que en un parto espontáneo, debido a que en este la cabeza sale con menos rapidez, lo que le da tiempo a la musculatura del suelo pélvico a estirarse sin necesidad de ser forzada.

La introducción de un instrumento como los fórceps en la vagina es psíquicamente traumática y, desde el punto de vista físico, una agresión que hace del suelo de la pelvis una zona en ruinas. En contra de la opinión extendida de que se trata de un procedimiento seguro, su empleo indiscriminado no es síntoma de una asistencia inmejorable sino de una asistencia intervencionista y, en demasiadas ocasiones, innecesaria. De hecho, el recurso a los fórceps podría evitarse muchas veces si se dejara a la mujer parir en otra posición que no fuera la de tumbada sobre la espalda, con las piernas en los estribos. De este modo, la mujer ha de empujar a su hijo por un canal que la postura estrecha en vez de ensancharlo, en contra de la gravedad y sin la presión que podrían ejercer las piernas, adormecidas encima con la epidural. Como resultado de ello, a la dificultad de conducir la fuerza de los pujos de modo favorable para ayudar al bebé en su recorrido se une una postura antinatural para el alumbramiento, que hace del parir un sufrido esfuerzo baldío. Un improductivo trabajo que agota a la mujer a las primeras de cambio habida cuenta que los músculos de ella no han recibido oxígeno y descanso, ya que son los de un cuerpo extenuado al soportar las contracciones intensas y continuas provocadas por la oxitocina. Así, se llega sin remedio a la situación de descenso y ascenso inmediato del bebé, como si este pendiera de un yoyó que lo volviese a elevar al alcanzar el suelo.

Los fórceps vienen a salvar los obstáculos que el parto medicalizado le ha impuesto antes al bebé con sus intervenciones sin sentido. Sobre este tema, Isabel Fernández opina que los fórceps sustituyen en gran medida «la fuerza natural de la gravedad y la actividad del útero». El testimonio de Claudia Díaz resulta revelador:

*No quería ponerme la epidural. No obstante, exhausta por las veinte horas pasadas desde mi ingreso (me indujeron el parto), con las contracciones terroríficas de la oxitocina, sin moverme sobre la cama para que no se perdiera el latido fetal del monitor, ya no podía con mi cuerpo. Entumecido, de tanto dolor. Así que la pedí, la supliqué; hubiera dado lo que fuera por ella. No sabía que anestesiada no tendría control sobre mis piernas y sobre la dirección de la fuerza de mis pujos. Ya en el paritorio, empujaba y empujaba, pero mi hija al poco de bajar volvía a subir. La matrona me decía «*empuja, vamos, empuja*». Sin embargo, yo no era capaz. Estaba agotada. Ella me intentaba ayudar presionando mi vientre hacia abajo; todo para nada porque mi hija daba marcha atrás enseguida. De modo que tuvo que llamar al ginecólogo. Cuando llegó, le dijeron a mi marido que saliera. Luego me durmieron con anestesia general para sacar a mi hija con fórceps. En ese momento, para mí fue un alivio; ya no podía más.*

La utilización de ventosas o fórceps en un nacimiento tiene la misión de acabar este de forma rápida, expeditiva. Aplicar una cazoleta a la cabeza de un bebé y conectarla a una bomba aspirante (ventosa) o insertar dos palas curvas y romas a los lados de su cabecita para tirar de él (fórceps) debería hacerse únicamente en casos muy contados que exigieran también un desenlace rápido del parto, por el bien de la madre o del bebé, y no por rutina en expulsivos calificados de prolongados al superar los ¡cinco o diez minutos! Al bebé, haber empleado fórceps a fin de extraerlo, puede acarrearle como mínimo hematomas y cortes. Por eso, el doctor Jean Elmiger plantea la cautela y la excepcionalidad con las que han de ser usados fruto de los daños que pueden ocasionarse en el recién nacido.

¿Es más saludable nacer por cesárea?

El incremento del número de partos por cesárea puede estar poniendo en peligro la vida de un gran número de neonatos.

Durante años, la analgesia epidural y la cesárea han sido consideradas los indicadores más fiables de la calidad de la atención perinatal, dado que la primera le evita a la mujer «los dolores de parto» y la segunda proporciona el nacimiento «más seguro» porque el bebé «no sufre». De ahí que ambas sean incentivadas de un modo u otro, aunque de forma subliminal: para la primera, se estable un baremo mínimo de empleo que ha de alcanzar el centro hospitalario si quiere «cumplir los objetivos de calidad», mientras que los niveles de la segunda ayudan a engrosar el presupuesto de la clínica, debido a que la cesárea implica un coste mayor que un parto vaginal. De hecho, en la medicina privada las cesáreas se pagan mejor que los partos. Esta es una de las razones por las que la tasa de cesáreas difiere tanto de la medicina pública a la privada, y varía considerablemente de unos hospitales a otros.

Dentro del Sistema Nacional de Salud, el hospital Santa Bárbara, de Puertollano, tiene el récord de cesáreas, el 55 %, frente al hospital almeriense La Inmaculada (Huércal-Overa), situado en el extremo opuesto, con un escaso 13 %, y uno de los índices más bajos de mortalidad materno-infantil. Precisamente, en los datos sobre mortalidad perinatal se fija la OMS para recomendar que ningún Estado tenga índices de cesáreas superiores al 10 %, puesto que, en los países donde la mortalidad perinatal es la más baja del mundo, la tasa de cesáreas es inferior a esa cantidad. Por tanto, no hay razones que justifiquen niveles mayores.

Por lo que se refiere a la asistencia al nacimiento, España se aleja del modelo del norte de Europa para aproximarse al latinoamericano. En los países nórdicos, el volumen de cesáreas gira en torno al 15 %; en España, por el contrario, se sitúa en el sector público en el 24 % y, en el privado, en el 35 %, con clínicas de tasas mucho mayores, más próximas a las de Chile o Colombia (58 % en el ámbito privado), Argentina (que roza el 45 %) o México (con un 52 %). El incentivo económico se añade así a una concepción patológica del parto y a una jornada laboral sin descanso, en la que se ingresa incluso a mujeres que no están de parto para provocárselo porque el cuello esté «blandito», el nacimiento no se haya producido en la fecha prevista o simplemente porque se encuentren en la clínica para una revisión… y haya camas libres. Como resultado de ello, la embarazada obtiene una asistencia medicalizada en exceso que puede acarrearle un parto instrumental o una cesárea.

Las inducciones en mujeres sin indicios evidentes de parto muy próximo constituyen uno de los motivos fundamentales de la

cesárea. De manera que nacimientos de bajo riesgo se transforman en una operación de cirugía mayor, de la mano de prácticas rutinarias como la perfusión de oxitocina, una postura en contra de la gravedad o la analgesia epidural, junto a la ansiedad de la madre provocada por el miedo y el trato recibido. A esta conclusión llegan los estudios encargados por la OMS sobre el aumento de las operaciones por cesárea, que subrayan como «principal factor» la formación intervencionista del obstetra. Como veíamos en el apartado *Quién dirige un parto* de este mismo capítulo, en los hospitales donde los partos de bajo riesgo son atendidos por matronas se realizan muy pocas cesáreas. Si su implicación en el nacimiento no tiene tintes medicalizados, tienden a guardar y proteger el fluir natural del parto respetando los tiempos del organismo de la madre y del bebé sin forzarlos.

Imprescindible y bienhechora en partos de alto riesgo (no más del 10 %, o siendo benevolentes con los criterios médicos, del 15 %), su práctica se ha banalizado hasta el punto de ser concertada con el tocólogo como si de una limpieza de boca se tratara. Según el último informe de la OMS, el 49 % de las cesáreas de nuestro país sería programado. Muchas de ellas, a instancias médicas debido a supuestas situaciones insalvables en un parto vaginal; entre estas, la desproporción céfalo-pélvica o la presentación de nalgas son las más recurrentes.

Tanto se ha publicitado su pretendida seguridad, rapidez y estética (las intervenciones de ahora casi no dejan cicatriz, al menos física) que a veces son las propias mujeres quienes la solicitan por ser la terminación «más segura» de un embarazo o por «la tranquilad» que implica tener bajo control la fecha y la hora exactas del nacimiento de un hijo. Los puntos de la cesárea suturan así el desasosiego que genera para muchas embarazadas la incertidumbre del inicio natural de un proceso fisiológico. A esta obstetricia civilizada de cálculos asépticos ha conducido la medicalización de un parto tratado como enfermedad, en el que se hace preciso intervenir dada la imperfección del cuerpo femenino y la superioridad de la tecnología sobre él. En este sentido, resulta algo sospechoso el elevado número de ex modelos, artistas o mujeres de la nobleza que paren, en clínicas privadas, por medio de una operación de cirugía mayor. Sobre las dos cesáreas de la princesa Letizia, periodistas y tertulianos varios del mundo del corazón aseguraron que se debía la primera a «razones de seguridad» y la segunda a que «una cesárea previa conduce en el siguiente embarazo a otra cesárea», como si la una hiciese obligada la otra, lo

cual no es cierto. La OMS es tajante respecto a esta afirmación tan extendida cuando advierte: «No hay pruebas de que después de una cesárea sea necesaria una nueva. Después de una cesárea, debe recomendarse un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia». Acerca del parto natural de su hermana, en cambio, argumentaron que era «una de esas naturistas» que querían «parir a pelo, sin anestesia ni nada». La cesárea de una era «lo ideal», el parto de la otra, «una locura, pudiendo ahorrarte tiempo y sufrimiento» dado que «gracias a Dios, las mujeres hoy en día no tienen que parir como en África». Me pregunto a cuántas semanas reducirían un embarazo, si pudieran, las personas que creen que una cesárea es «lo ideal» porque es el procedimiento más rápido para tener un hijo. ¿A veinte? ¿A diez? ¿A cinco, quizás? En los partos, se ha instaurado como deidad la rapidez en la creencia de que un nacimiento breve es un nacimiento seguro y, por defecto, un nacimiento sano. Pero ¿es cierto esto? Cuando esta intervención no está justificada (treinta y seis mil casos anuales solo en España), ¿es más saludable para el bebé nacer por cesárea? ¿El bebé no sufre y la madre tampoco?

Hasta ahora se pensaba que la mortalidad neonatal en los partos naturales era inferior a la de las cesáreas debido a la supuesta «situación de riesgo» en que se hallan las mujeres sometidas a dicha intervención quirúrgica. Sin embargo, estudios recientes del Centro para el Control y Prevención de la Enfermedad de Estados Unidos han determinado que esta diferencia persiste incluso eliminando de los resultados las cesáreas practicadas por motivos de riesgo. Los investigadores han resuelto que, entre 1998 y 2001, de los seis millones de nacimientos estadounidenses, trescientos doce mil fueron a través de cesáreas sin causa médica que las avalara. En este grupo se produjeron 1,77 muertes por cada mil recién nacidos vivos, mientras que entre los partos vaginales esta cifra fue tres veces menor. A similares datos ha llegado un estudio realizado en Sudamérica por encargo de la OMS. La conclusión es que el parto tiene efectos beneficiosos sobre el niño, tales como prepararlo para la vida fuera del útero con las hormonas secretadas que favorecen el inicio de la respiración, después de vaciados de líquido los pulmones. «El incremento del número de partos por cesárea puede estar poniendo en peligro la vida de un gran número de neonatos», asevera dicho estudio. Afirmación esta que suscribe el International Cesarean Awareness Network (ICAN), tras destacar las quince investigaciones científicas más relevantes de 2006 que alertan sobre lo perjudicial para madres e hijos del aumento del número de

cesáreas. Las mujeres y sus bebés habrían de ser mantenidos lejos de los quirófanos por infinidad de causas entre las que destacan que las cesáreas múltiples se asocian a una cirugía más difícil y con una mayor pérdida de sangre, por lo cual se incrementa el peligro de complicaciones serias; que tener antecedentes de cesárea aumenta las posibilidades de que una mujer sufra acretismo placentario (la placenta no se desprende, lo que produce un sangrado continuo) o desprendimiento de placenta; que los bebés nacidos por medio de esta intervención quirúrgica poseen proporciones mayores de bacterias patógenas que de bacterias beneficiosas; que una política de cesáreas electivas repetidas se asocia a una tasa mayor de histerectomías (extirpación total o parcial del útero), casi el doble, o que los altos índices de cesáreas se encuentran muy influidos por factores alejados de consideraciones médicas; entre ellos, el miedo a las demandas.

Un elevado número de cesáreas no tiene como reflejo una mejoría de la salud de madres e hijos. Muy al contrario, esta intervención puede plantearle a ambos graves dificultades. La madre puede sufrir lesiones intestinales y de vesícula, trombosis, embolias, hemorragias e infecciones múltiples. Por su parte, al nacer por cesárea, el bebé no es sometido a la compresión que ejerce sobre su cabeza y su cuerpo el canal del parto. Este estrujamiento tiene una finalidad importantísima, la de prepararlo para la vida extrauterina. Además, en el quirófano, el bebé está expuesto a laceraciones y al peligro de la prematuridad iatrogénica. De lo que parece obvio deducir que esa idea de que el bebé no sufre en una cesárea no posee base científica alguna, como tampoco la tiene la opinión de que el bebé padece un suplicio mientras atraviesa el canal del parto, así que ahorrarle ese paso solo le generaría beneficios. Si no es por una causa muy justificada, cuando haya un peligro cierto para la madre o el niño, la cesárea no implica ningún beneficio y desde luego no le ahorra sufrimiento al bebé; al revés, se lo provoca. La constitución anatómica de la mujer es un tratado de sabiduría, así pues la cavidad pelviana tiene un motivo para ser como es: estimular al bebé y ayudarlo a vaciar de líquido los pulmones a fin de iniciar la respiración autónoma en el exterior. Si no se produce este vaciado, puede aparecer el síndrome de dificultad respiratoria.

Sin embargo, se sigue recurriendo a la cesárea como a una práctica de atajo, como solución a situaciones para las que se ha olvidado el conocimiento tradicional. Este es el caso de las presentaciones podálicas, para las que por norma se practica una

cesárea. Y ello pese a que bastantes estudios, entre ellos uno canadiense y otro de coautoría belga y francesa, resalten que la morbilidad es la misma, pasado un tiempo, y que no hay diferencias significativas entre los partos vaginales y las cesáreas. Por ello existen ya muchas voces que piden intentar primero un nacimiento vaginal. Voces enfrentadas a una realidad desmoralizadora: las nuevas generaciones de médicos (que han terminado o están terminando su residencia) no saben solventar una presentación podálica por medio de un parto vaginal. Nadie les ha enseñado, y sus planes de estudio tampoco contemplan esta posibilidad. Así las cosas, se ha creado una fuente inagotable de cesáreas. Por ejemplo, un servicio de ginecología y obstetricia que tuviera antes una tasa del 12 % ha pasado ahora a una del 16 %. Como vemos, el recurso a la cirugía no es imprescindible en muchos casos, es solo una forma de ocultar el desconocimiento de otras opciones con el maquillaje de la superioridad técnica sobre el cuerpo de la mujer.

La cesárea constituye a su vez uno de los modos médicos más sibilinos de ruptura del vínculo. A las dificultades creadas durante el parto por las distintas intervenciones rutinarias para el establecimiento de los lazos afectivos entre madre e hijo, se le añade la separación física del bebé, que después de esta operación deviene una práctica mayoritaria. Es decir, no basta con desconectar a lo largo del proceso del nacimiento a la mujer de los mensajes de su propio cuerpo y de los de su bebé, al negarle la secreción de las hormonas del placer y del apego (endorfinas), sino que se interviene además separando al bebé de la madre nada más nacer. Muchas veces, los niños nacidos por cesárea son trasladados a otra estancia para ser observados o incluso introducidos en incubadoras, por ejemplo en el supuesto de que hayan nacido con poco peso. Durante ese tiempo, es muy común que se les suministre biberones en vez de la leche de la madre. Lo que se consigue con ello es cercenar de raíz la impronta (el instante íntimo del primer encuentro madre-hijo, tras el alumbramiento) y entorpecer la lactancia materna, que ha de ser favorecida dentro de las dos primeras horas aunque lo ideal, según los últimos informes sobre la materia, es incentivarla desde el primer momento.

Y si el vínculo materno no es tenido en cuenta, no digamos ya la relación afectiva entre el bebé y su padre, a quien no se le permite permanecer junto a la madre el tiempo que dura la intervención. Muy pocas son las grandes maternidades que consienten la presencia del padre en el quirófano, entre ellas se encuentra el Hospital Doce de Octubre, de Madrid, que califica de «cesárea

humanizada» este tipo de asistencia. La apabulladora mayoría de las instituciones médicas, en cambio, rodean a la madre de personal médico, pero la dejan sola desde el punto de vista familiar, sin su pareja, y más tarde sin su hijo. La cesárea que le realizaron a Begoña resume lo habitual de unas prácticas rutinarias que desoyen la voluntad y los deseos de los padres de permanecer junto al recién nacido:

La cesárea estaba programada para dos semanas más tarde porque mi hija venía de nalgas. Durante gran parte del embarazo me lo había ido advirtiendo el ginecólogo: «Si no cambia de postura, es la única solución». Así que yo me tuve que ir haciendo a la idea de lo que nos esperaba a Andrea y a mí. En el sitio donde vivíamos no había centro hospitalario, por eso aquel jueves me encontraba en el lugar de residencia de mi madre, a cinco minutos del hospital. Esa mañana había manchado un poco, así que, nos encaminamos tranquilamente hacia allí para comentárselo al ginecólogo. No llevábamos bolso ni pertenencia alguna porque no pensábamos quedarnos… pero nos quedamos. Al llegar, me revisaron y me dejaron luego en monitores, sola, en una habitación minúscula con un único aparato y el retumbar del corazón de mi hija atronando en mis oídos. De eso hace ya ocho años; sin embargo, hay partes que recuerdo como si hubiera sido ayer mismo. Recuerdo la soledad, y el miedo, y la angustia pensando que mi marido y mi madre tampoco sabrían nada de nosotras.

Cuando cayó la tarde, el médico entró para decirme que me iban a adelantar la cesárea. No me explicó por qué ni me dio ningún detalle, solo me dijo que me iban a preparar para llevarme al quirófano, donde me colocaron una sábana verde a la altura de las axilas para que no pudiera ver nada, tampoco a mi hija. Fue todo tan rápido, tan frío, tan seco, tan formal que nunca le agradeceré lo bastante al anestesista que fuera el único que me hablara tiernamente, que me sujetara la cabeza y me la acariciara mientras tiraban de mi cuerpo con fuerza, como si me arrancaran a mi hija a empujones. Cuando acabaron los zarandeos, la oí llorar. Alguien me dijo: «No necesitas que te confirme que tu hija está bien: tú misma la estás oyendo». Oírla sí, pero ¿y verla? ¿Por qué no me dejaban verla? Antes, tenían que revisarla y prepararla. Más tarde, me la trajeron; me miró con sus enormes ojos negros mientras yo la miraba a su vez con los míos haciéndole saber que era yo quien le había hablado durante nueve meses y acariciado a través de mi vientre, día tras día. Incluso ahora, ocho años después, aún pongo mis manos sobre el lugar que ella ocupó dentro mí cuando le doy gracias a Dios por tenerla en nuestra vida; por ser lo mejor que nos ha sucedido. Por eso no quiero ni pensar cómo se sentiría ella cuando la volvieron a alejar de mí

a los pocos segundos de mirarnos a los ojos por primera vez. Quién calmaría su angustia, su llanto, porque el mío no lo pudo calmar nadie: mi marido no pudo estar conmigo y tampoco con ella, las dos solas, separadas entre nosotras cuando más necesitábamos sentirnos.

Esa es la gran pregunta de mi cesárea: por qué no podíamos estar juntas mi hija recién nacida y yo. Se la llevaron y no volví a verla hasta un día después. Al abrazarla, me dijeron: «Dale un biberón, tiene hambre». Luego se la volvieron a llevar a la sala de incubadoras. Cómo no iba a tener hambre, cómo no iba a tener necesidad de contacto con su madre, de que le hablara, de que la acariciara y le regalara mil besos. La tuvieron en una incubadora y, aunque nos dijeron que era para estudiarle los niveles de glucosa, no reflejaron el motivo en el informe de alta. Mi hija estaba completamente sana, pesaba 2 kilos y 700 gramos y me necesitaba más que a nada en el mundo; del mismo modo que yo me moría sin estar a su lado.

Todo el tiempo del hospital lo viví como en una nube. Era como si la hubiera tenido pero me obligaran a hacer como si no existiera. Y existía, y era toda nuestra vida: la mía y la de su padre, al que no dejaron vivir ninguno de esos momentos. Eso es lo que no puedo perdonarles: la frialdad más absoluta ante un momento único en nuestra vida. No les importó separarme de mi hija, pero sí les importó que al sangrar, la primera vez que me levanté como pude para ir a verla, manchara un poco el suelo y mis zapatillas. Una enfermera me riñó porque ¡había manchado el suelo y unas zapatillas que eran mías! No les importó separarme de mi hija, no les importó darle biberones sin mi permiso durante el día que la tuvieron alejada de mí, no les importó que dos días después la niña no cogiera bien el pecho, pero sí les importó hacerme ver que tuviera paciencia, que al final acabaría tomando mi leche, que lo hiciera de esta manera y de la otra, y de la otra también. Todo para no reconocer que, en nuestro caso, por el bien de la medicina le habían interpuesto mil y un obstáculos a la lactancia materna.

La pediatra y psicoanalista francesa Françoise Dolto repudiaba esta forma inexplicable de truncar por norma la experiencia de la lactancia alegando que «la primera necesidad del bebé es la comunicación y, en segunda instancia, el alimento». Amamantar implica atender ambas desde el primer instante de vida extrauterina. De esta manera, negar la leche materna es negarle al bebé la posibilidad de comunicarse con el único ser al que reconoce; alejarle del calor de la madre es alejarle del alimento y de la vida. Frédérique Leboyer, el pediatra francés que acunó la idea del «parto sin violencia», lo describe de modo magistral en su libro *Shantala*: «Ser cargados, acariciados, tocados, masajeados; cada una

de estas cosas es alimento para los recién nacidos. Tan indispensable, si no más, que vitaminas, sales minerales y proteínas. Si se le priva de todo eso y del olor y del calor y de la voz que tan bien conoce, el niño, aunque esté harto de leche, se dejará morir de hambre».

Con estos preliminares, es muy probable que aparezcan en la mujer sentimientos de alienación y de pérdida tras una cesárea. A menudo, la inunda una sensación de vacío, cuando no de blancos en la memoria. En ocasiones, también un sentimiento de tristeza contenida, como si se tratara de una angustia perdurable a lo largo de los días de la que pareciera imposible librarse. Lo calificamos entonces de estado depresivo, corriente en el puerperio, o de depresión postparto o de psicosis puerperal. Le ponemos nombres clínicos a una situación que no proviene del choque sin airbag contra los primeros días de la maternidad de una mujer que ya no es la mujer de antes, en un mundo que le es desconocido y en el que sus intereses y expectativas han dado un giro abismal. El verdadero origen de esa situación es la quiebra emocional que provoca el parto en toda mujer, la ruptura de la díada madre-bebé. La madre pasa de ser un todo con el hijo a aceptar la existencia de dos personas separadas físicamente. Quienes hemos atravesado ese desfiladero entre dos mundos conocemos el desequilibrio que sobreviene al dar a luz; la sombra de esa necesidad todavía de fusión se apodera del cuerpo y lo desajusta por completo. Más aún en el caso de las mujeres sometidas a cesárea, pues la mayoría de ellas no ha podido disfrutar de las hormonas del parto a fin de ir preparándose para esa quiebra emocional y física. La separación las coge por sorpresa, y las hiere, largamente, con toda la intensidad de que es capaz. Sin embargo, se espera de ellas que sean mujeres todoterreno, que acepten su nueva situación a la primera y que se ocupen del niño con soltura aunque los puntos de la intervención no les permitan ni reírse porque tiren del útero y de la memoria. Con sabiduría certera, Gro Nylander, en su libro *Maternidad y lactancia*, plantea a quién se le ocurriría dejarle el cuidado de un recién nacido a alguien que acabara de ser sometido a una operación de cirugía mayor.

La obstetricia medicalizada opera a la mujer, la separa de su bebé al instante y, después de unas horas o de unos días, se lo encomienda, torpedeada ya la lactancia, boicoteada con mil y una intervenciones el encuentro de ella con su esencia mamífera. Cómo no desesperarse, cómo no enloquecer, cómo actuar del mismo modo que si no hubiera sucedido nada. La historia que sigue es un

ejemplo de ello:

Fui al hospital por la mañana temprano porque noté que había soltado algo de líquido transparente. Allí me sometieron a múltiples tactos vaginales dolorosísimos (supongo que para romper la bolsa por si no estaba rota). Después me llevaron a monitorización y de ahí otra vez a los tocamientos bruscos de varias personas. Mientras me inspeccionaban los genitales, dejaban caer expresiones como «nada borrado el cuello». Dejaron para el final la mejor frase: «En estas condiciones, hay que inducir el parto». Así que me pusieron a dilatar, como si fuera una gallina a la que se le pidiera huevos deprisa y corriendo.

A las doce, me inyectaron oxitocina. A las cinco, los dolores eran terribles, tanto que cuando paraban las contracciones me quedaba dormida, de agotamiento. Entre contracción y contracción, regresaron los tactos que diagnosticaron que el parto no avanzaba; la gallina no ponía huevos cuando se le ordenaba. «Mira a ver tú, qué te parece», se comentaban unos a otros. Mientras lo veían o no, me pusieron la epidural. Luego volvió el médico para iniciar de nuevo los tactos ¡con siete personas!, algunas de ellas muertas de risa, no sé por qué, pero esta vez ya no dolían sus inspecciones íntimas porque yo tenía el cuerpo dormido. «Bueno, pues como esto no avanza, te vamos a hacer una cesárea, por tu bien y por el del bebé», arguyó el ginecólogo. Me llevaron a otra sala y me dejaron desnuda; yo lloraba de miedo por mi bebé, y de angustia por no ser una mujer que pudiera parir. Yo lloraba mientras ellos y ellas hablaban de lo que tenían esa noche de cena o de la última película que habían visto. De esta manera me afeitaron, me pusieron más anestesia, y unas sábanas verdes delante de mi campo de visión. Luego me dijeron que era para evitarme «la impresión psicológica de la sangre». ¿Impresión psicológica? De modo que una mujer es capaz de llevar dentro de su útero a un ser humano, durante nueve meses, pero no es capaz de soportar el encuentro con ese ser que es su hijo. Me robaron el mejor momento de mi vida en tanto yo observaba el techo del quirófano, con los ojos infestados de lágrimas. Balancearon mi cuerpo, lo cortaron, lo cosieron, sin contarme si mi bebé había nacido. Cuando lo vi, lo llevaba una mujer en brazos. Ya estaba vestido, y yo me había perdido sus primeras ¡quince horas! de vida. Me pasé en reanimación toda la noche, esperando que me lo trajeran de esa habitación donde lo tenían. Tampoco pudo estar con mi pareja, ni mi hijo ni yo.

Cuando pienso en ello, hay fases en blanco, como espacios por rellenar, y eso que todo ocurrió hace muy poco tiempo. Padezco ansiedad y siento aún un vacío muy dentro, como si mi útero esperara todavía el instante de separarse espontáneamente del bebé que acogió

durante meses. Todo fue tan brusco, tan acelerado, que siento que me quitaron mi parto; el encuentro primero con mi bebé. Por eso todavía tengo el sueño de que mi hijo está todavía dentro y de que le puedo (y le debo) regalar un nacimiento digno. A esto, los médicos lo llaman depresión postparto; yo lo llamo parto robado.

(LOLA)

El parto y la lactancia son dos ocasiones inmejorables para que una mujer se vuelque hacia su lado más salvaje, más animal, si bien muy pocas lo consiguen. La desconfianza de los aspectos naturales, la distancia respecto de ellos impide que estos se cuelen en su comportamiento y en sus actos. De ahí que a veces la mujer se haga la ilusión de parir con la parte alta del cuerpo, lejos de los genitales y, por ende, de la sexualidad. Pero lo sexual está presente en el parto, es el parto, de igual forma que constituyó el origen del embarazo, su esencia primera. Quizá por eso una cesárea también sea más tranquilizadora para un médico: el nacimiento se produce en otro ámbito, el de la mera corporalidad. Lejos de la vagina, parece que no queda rastro de la sexualidad de la mujer, de sus fluidos y olores. Para la razón masculina, es un parto pudoroso y limpio, un hecho físico en el que no se inmiscuyen ni las emociones ni el sexo.

La ignorancia del contacto piel con piel: «Con lo cómodo que es un biberón»

> *Desde un punto de vista bacteriológico, el recién nacido humano necesita urgentemente estar en contacto con una sola persona, su madre.*

Si la mujer se encuentra bien tratada, con compañía durante el alumbramiento, en un ambiente donde este fluya en libertad y tiene consigo a su bebé nada más nacer, el parto podrá ser doloroso, intenso, prolongado, incluso difícil, pero lo vivirá desde su instinto mamífero, con la fuerza vital de una fiera. La madre necesita estar con su hijo desde el primer momento; hablarle, acariciarlo, lamerlo, olerlo y besarlo forman parte del ritual de esas horas iniciales que la madre vive en un mundo intermedio entre la realidad y lo onírico. La oxitocina y las endorfinas, las hormonas del amor y del apego, se apoderan de su cuerpo y las conductas innatas de supervivencia salen afuera junto a la sangre y la placenta.

Durante siglos, la vida del recién nacido en esos primeros momentos dependía del contacto íntimo y casi continuo con la

madre, al objeto de que, gracias al tacto, al olor y al calor, esta liberara oxitocina. Esta hormona eleva la temperatura de la piel de los pechos, con lo que el bebé recibe alimento y calor. A su vez, relaja a la madre y la prepara para adaptarse a la lactancia, y a la crianza en su conjunto. Por su parte, el bebé tiende a buscar el pezón por medio del olfato, con lo que se refuerza la conducta innata de la madre hacia la supervivencia del hijo. Experimentar ese apego animal a la vida es una vivencia deslumbrante y avasalladora que puede perturbar, e incluso incomodar, al observador ajeno que se niega a implicarse emocionalmente en la esencia de un nacimiento: un bebé abandona el mundo intrauterino para nacer a una vida fuera del mismo. Envuelto en sangre y con una media de 50 centímetros y unos 3 kilos y medio de peso, quiere vivir y sabe cómo lograrlo.

Considerado por la ciencia «el período de reconocimiento sensible», este temprano contacto íntimo entre madre y bebé (ambos desnudos, torso con torso) predispone al fortalecimiento del vínculo afectivo y a sincronizar sus ritmos vitales en algo tan crucial como la respiración, de tal modo que si la madre respira relajada y feliz el bebé también lo hará en calma, sin miedo. Hasta tal extremo resulta esencial preservar el contacto piel con piel de madre y bebé que en un estudio realizado con roedores pudo comprobarse que las crías objeto de menor atención por parte de la madre con el tiempo desarrollaban problemas psicológicos o de salud. Por ello, empezaron a llevarse a cabo investigaciones sobre recién nacidos a fin de poder analizar cuáles eran los efectos de sostenerlos sin vestir sobre el pecho desnudo de la madre, en lugar de separarlos de esta nada más salir de su interior. Y es que los seres humanos son los únicos mamíferos a los que después de nacer no se les mantiene el medio materno para generar las conductas innatas que desembocan en la lactancia y en la consiguiente supervivencia. Irónicamente, se les niega la oportunidad de dar rienda suelta a su instinto animal para subsistir en aras de la obstetricia moderna y del progreso del parto mecanizado y uniforme.

Las rutinas hospitalarias durante el parto y el postparto pueden alterar el proceso de comunicación entre la madre y el recién nacido, y afectar al desarrollo de los vínculos de apego. Entre las prácticas realizadas por costumbre en los nacimientos se encuentra esta separación de los bebés de sus madres nada más nacer, para limpiarlos, pesarlos, medirlos y someterlos a diferentes pruebas y exámenes, que, tal y como demostrara Alberts allá por 1994, provoca «llantos de angustia» y conductas de «queja y

desesperación» en el niño. Dicha separación, que no avala ningún estudio científico y que tiene a la literatura médica en contra, es un invento pediátrico del siglo XX que se opone a la historia evolutiva del hombre. Y dado que ha pasado a ser una práctica estandarizada por protocolo para todos los partos, aunque no haya riesgo alguno para la mujer o para su bebé, su principal consecuencia es la de haber generado una disminución espectacular de la lactancia y, por tanto, un grave problema para la salud pública. Por eso, para favorecer la lactancia natural, la OMS recomienda «no separar al bebé de su madre en las primeras horas después del parto». E «intentar realizar todos los exámenes necesarios para el recién nacido normal en la cama de la madre, en lugar de utilizar una mesa examinadora apartada».

Los estudios científicos, entre los que destaca el de Anderson, Moore, Hepworth y Bergman (publicado en el Número 4 de *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006), sostienen que mantener sin contacto físico a madre e hijo después del parto perjudica seriamente el amamantamiento e incide de forma negativa en su duración. Con solo prescindir de esta intervención de rutina, los niveles de lactancia del mundo desarrollado ascenderían a los de épocas pasadas. Sin embargo, esta apuesta por la salud, que constituiría una zancada de gigante hacia una concepción más natural y humana del nacimiento, es hoy vista como una involución del parto moderno. La base ideológica de este pregona que dar a luz se trata de un acontecimiento peligroso, el desenlace de una suerte de patología (el embarazo) que convierte a la mujer en una paciente a quien hay que proveer de múltiples intervenciones y, por encima de todas las cosas, cuidarla de sí misma y de su sabiduría ancestral; inservible a lo que parece al lado de la tecnología médica. Lo mejor para la mujer es un parto en el que no participe de manera activa, en el que le extraigan al bebé y en el que le ofrezcan a este más tarde tetinas y chupetes. «Con lo cómodo que es un biberón para que el bebé no llore y te deje tranquila», se le sugiere a una madre cortada, cosida, agotada por el esfuerzo, por la postura y por el miedo.

De este modo, la conducta natural, única, y fisiológica del amamantamiento es sustituida por la instrumentalización alimenticia clónica. A diferencia de los biberones, todos los pechos son diferentes, y el sabor de la leche varía de una madre a otra, dependiendo además de la alimentación de esta. También los horarios establecidos para el biberón son uniformes; las célebres «tres horas» entre toma y toma son ignoradas por el organismo del

bebé que reclama leche materna, afecto, calor y comunicación casi de forma constante. Lo que demuestra su tendencia innata a la supervivencia. A ningún otro mamífero se le ocurre alimentar a su cría ajustándose a unos tiempos predefinidos y homogéneos o mantenerla llorando, con hambre, porque todavía no se hayan cumplido 180 minutos desde su última comida. ¿Una leona, por ejemplo, deja a su cachorro sin comer durante tres horas «para que no se acostumbre a los brazos» o porque «no le toca»? ¿No lo lame a cada momento ni le proporciona leche tibia sin medida de cacitos para que no se habitúe a estar junto a ella y a necesitar del contacto de su cuerpo sin descanso? La necesidad de permanecer junto a la madre no es «un capricho», no es un comportamiento que se eduque o que surja de mal acostumbrar al cachorro. La leona, y cualquier otro mamífero, cargan con su cría pegada a su cuerpo, piel con piel, durante todo el tiempo porque el comportamiento contrario conduciría a esta a la muerte. La vida animal encuentra los cauces oportunos para subsistir, no sabe de teorías conductistas ni de la formación de malos hábitos en los bebés. Se trata de una cuestión de supervivencia, en la que el instinto prevalece sobre unas normas de conducta impuestas contra las demandas del cuerpo.

Nosotros, aunque nos empeñemos en negarlo, también somos mamíferos. Por eso la madre es el órgano predestinado a la nutrición de los hijos. La tendencia de ambos es la de no separarse para que el recién nacido pueda vivir. De ahí que el calostro (la primera leche materna) tenga como misión fundamental la protección del desarrollo de la mucosa intestinal de un bebé sin defensas, a fin de evitar que se instalen allí microorganismos dañinos. Michel Odent es taxativo respecto a esta cuestión al exponer: «Desde un punto de vista bacteriológico, el recién nacido humano necesita urgentemente estar en contacto con una sola persona, su madre». Esta es una de las razones por las que la OMS, Unicef y la Asociación Española de Pediatría recomiendan amamantar hasta los seis meses, con exclusividad, y continuar luego hasta los dos años, a la par que se introduce otro tipo de alimentos.

No obstante, en una época donde la conciliación de la vida laboral y personal es una entelequia, donde el mundo de los hombres intenta doblegar las particularidades femeninas para someterlas a maneras de actuar uniformes y predecibles, el amamantamiento es visto como un elemento perturbador que muestra a la mujer todo su poder animal. Así pues, resulta más conveniente sustituir el abrazo de la lactancia por la cultura del biberón, más mecánica, despersonalizada y carente de carnalidad.

Lo natural, con toda su carga salvaje, cede su puesto a lo tecnológico. A muchos obstetras y neonatólogos no hay nada que les altere más que asistir un parto natural que concluye con el amamantamiento del recién nacido. Porque un parto natural es lo más próximo a un orgasmo, es la sexualidad misma, el abandono más absoluto en los brazos del instinto y del placer. Igual que un bebé succionando un pezón. Presenciar el momento en que una mujer da vida a través de una vagina abierta y relajada, que sabe lo que hace y domina al resto del cuerpo, implica encontrarse cara a cara con lo sexual sin pudor ni asepsias.

Parir y mamar son dos actos que huelen a carnalidad, a sangre y gozo, a sudor chorreante entre un cuerpo y otro; a fluidos que se mezclan y adhieren a la piel y a la boca. Eso es lo que quiere hacerse esconder y olvidar, la esencia animal y mamífera de la mujer, su instinto primario, su fuerza incontrolable. Controlar lo que no está sujeto a control alguno obliga a someter a la mujer, con los pechos al aire, con la vagina al aire, gritando de dolor y de placer. Shaw escribió que «la vida familiar como la concebimos nosotros no es más agradable que una jaula para una cacatúa». Y eso es en lo que quiere transformar a la mujer el parto medicalizado, en una cacatúa, o mejor en una cigüeña que desconoce su infinito potencial más allá del de simple portadora de un bebé. «¿Para cuándo se espera a la cigüeña?» o «¿ya habéis encargado el niño a París?» son preguntas que se suelen hacer a una pareja eludiendo la connotación carnal de la gestación y del nacimiento. Deshumanizándolas. Si se la desvirtúa de su cariz sexual y mamífero, la madre no será la dueña de su parto ni el órgano nutricional destinado a la supervivencia de los hijos, sino un ave bajo métodos y horarios. Porque lo peor no es que el pezón que chupe el bebé sea de plástico, sino el cuerpo que falta detrás del biberón.

El bebé se alimenta de la leche, sí, pero fundamentalmente del contacto corporal continuado con su madre. Por ello se le establecen tantos frenos a la lactancia materna, pues se la identifica solo con un medio de proporcionar proteínas y vitaminas al recién nacido, sustituible por el contenido de un biberón, con suma facilidad. Se ignora de esta forma que la lactancia es por encima de todo un acto de amor y de comunicación que estimula al bebé y lo equilibra. Prueba de ello es el evidente beneficio que del contacto materno temprano obtienen los bebés prematuros. Se le conoce como método canguro, y fue ideado en Colombia allá por los años setenta debido a la imposibilidad de adquirir un número de

incubadoras suficiente para atender a todos los recién nacidos con un peso inferior a 2 kilos. Madres y bebés eran enviados a casa con la premisa de permanecer en contacto piel con piel, con lactancia materna exclusiva y a demanda. Los resultados respecto de la salud de los recién nacidos fueron inmejorables; la conclusión, que ni la leche artificial ni las incubadoras (o al menos estas solas, sin la proximidad de la madre) podían sustituir la leche, el calor y el afecto maternos. Hoy en día, algunos grandes hospitales españoles (como el Valme, de Sevilla, y el Doce de Octubre, de Madrid) están apostando por incorporar este sistema adecuándolo a una institución médica.

Negar el contacto temprano piel con piel de madre e hijo, interponerse entre la mujer y su bebé es una buena prueba de la falta de respeto que siente la obstetricia moderna por las leyes de la naturaleza y por la esencia femenina arraigada a la tierra. La leche de la madre fluye por sus pechos de igual forma que el agua de un río, si este es salvaguardado de ataques e intervenciones que alteren su caudal. Por eso una mujer pariendo o amamantando representa la naturaleza misma; perturbar los ritmos fisiológicos de la primera es atacar a la segunda. De lo que se puede deducir que los cambios a realizar en torno al embarazo, nacimiento y puerperio son los mismos que precisa la sociedad, mantenerse en equilibrio con el planeta dibujando de nuevo el círculo sabio de la vida.

Un recién nacido a quien se alimenta con un biberón, después de haber sido separado de la madre en los primeros instantes de vida fuera del útero, vivirá quizá una experiencia más decorosa y aséptica, desde luego más mecánica, pero no disfrutará de las emociones de la carnalidad, de la frescura del contacto cuerpo a cuerpo, del estímulo de los sentidos que florece junto a la piel, al calor y a la voz que tan bien conoce. No gozará de su hondura natural. Porque la naturaleza huele, saborea, toca; no es aséptica, no es decorosa, no es mecánica. Y la naturaleza forma parte del cuerpo de su madre que rezuma leche a chorros, desnuda, potente, salvaje, mamífera, con su cría entre las mamas, apegada a esta como una loba, como una leona que ruge a cualquier extraño que los molesta.

Cómo vive la mujer la asistencia que se le da a la hora de parir

Mi embarazo fue normal. Sin embargo, mi hija no había nacido en la fecha prevista, por lo que me enviaron a varias revisiones. En la última, la de la semana 42, me dijeron que había que provocar el parto. Así que me ingresaron a las ocho de la mañana del 9 de abril de 2002. Después de reconocerme el ginecólogo, me rompió la bolsa. Luego me puso un gel vaginal para que empezaran las contracciones. Me llevaron a una sala de dilatación común (con unas quince mujeres) y me dejaron sola, sin mi marido, sin ningún otro familiar. A media mañana, había dilatado un centímetro. «No le queda nada a esta…», fue lo que oí antes de que me inyectaran oxitocina y me conectaran a un monitor. Al rato, inmovilizada boca arriba sobre la cama, con las correas alrededor de mi vientre y el gotero de la oxitocina en mi brazo izquierdo, las contracciones comenzaron de forma bestial; me partían los riñones. Yo gritaba que me ayudaran, que me ayudaran, por favor, pero no venía nadie a ver qué sucedía. No sé cuánto tiempo transcurrió hasta que se acercó una enfermera o una matrona, no sé, porque no se identificaban ni te decían qué eran o qué hacían allí. Las veía por el cristal, ojeando los folletos de Carrefour, calculando cuánto les saldría la compra con la oferta del tres por dos. «No grites, que no es para tanto», me dijo sin acercarse a mi cama. «Hace nueve meses bien que te gustó». Se fue porque hacía nueve meses bien que me había gustado y porque no era para tanto. Empecé a vomitar. El médico vino a la hora y media a hacerme un tacto; aproveché para pedirle que me dejaran levantarme para quitarme los vómitos. Se negó; subrayó que tuviera paciencia y que no se me ocurriera quitarme el monitor, ni levantarme, ni nada. De modo que tuve paciencia: seguí vomitando sobre mí misma durante horas.

A las ocho de la tarde, tenía el cuerpo completamente embadurnado de vómitos, entumecida por el intenso dolor sostenido durante tanto tiempo. Me dolía todo pero si me intentaba poner de lado venían para hacerme ver que estaba siendo una irresponsable porque se perdían los latidos del feto. Para eso sí dejaban las ofertas del híper y las revistas del corazón. Para eso y para decidir ponerme la epidural con tres centímetros: «Es que no para de gritar», decían agotadas las pobres por el esfuerzo de tener que escuchar mis lamentos. Un vez puesta la epidural, me devolvieron a la misma sala. En la misma cama, con el mismo camisón empapado de bilis, «oliendo fatal», se susurraban entre ellas. Pobrecitas, cómo se atrevía una embarazada a amargarles un día tan espléndido. Yo sentía asco y vergüenza y rabia y mucho frío mientras ellas hacían punto y dilucidaban si comprar bonito del norte.

Cada media hora llamaban los familiares para saber algo de

nosotras. Sin preguntarme, decían que todo iba estupendamente. «Muy bien, muy bien». De maravilla. Yo les gritaba que por favor les dijeran que no estaba bien, que nada iba bien, que todo iba muy mal, que estaba sucia y mojada y dolorida y me sentía sola y desamparada. Sin embargo, no me hacían caso: «muy bien, muy bien», repetían una y otra vez. «Esta juventud no aguanta nada». Es verdad, no aguantamos nada. Menos mal que me empezó a hacer efecto la epidural. Fue como un recreo de hora y media, un descanso, una ventana abierta en la sala de torturas. Hasta que llegó la ginecóloga y me anunció que el parto se había detenido. Estancado en tres centímetros. Por eso ya no podían ponerme más anestesia, aunque iba a seguir con la vía abierta en la espalda y con la otra del brazo izquierdo para la oxitocina. Tumbada, conectada al monitor. El frío era terrible; volví a vomitar. Y a vomitar. Y a vomitar. Me riñeron porque, al moverme por mis arcadas, se perdían los latidos del feto. Así que me colocaron la monitorización interna: desde la cabeza de mi bebé (a la que insertaron un electrodo) salía ahora un cable que recorría mi vagina hacia el exterior.

A las doce de la noche, cambiaron de turno. Entró una matrona joven que me puso enseguida la mano en la frente. Pidió un termómetro y lo comprobó: 41 grados de fiebre, y una tensión de 3,5 y 6. Decían «esta mujer no va a poder parir», «esta mujer no va a poder empujar». La matrona intentó controlarme la fiebre. A las cuatro de la mañana, tenía siete u ocho centímetros de dilatación. Yo seguía en la misma postura, vomitada entera. A las seis de la mañana, ya eran diez centímetros, pero mi hija estaba muy alta. Con 40,6 de temperatura, me llevaron al paritorio. Me advirtieron que «eso» había «que bajarlo». Continuaba con mis vómitos y no tenía fuerzas para empujar. No podía: con cada pujo la niña bajaba y se volvía a subir al momento. Media hora estuve en el paritorio (episiotomía incluida) y cuando por fin salió Ana sentí cómo se resquebrajaba mi vagina. Noté el chasquido de los tejidos, su rotura. Después de tanto sufrimiento solo deseaba abrazar a mi hija, pero no me dejaron cogerla, ni tocarla siquiera un instante solo, un segundo. «Sí, hombre, con la fiebre que tiene». Qué imprudente querer acariciar a mi hija, mirarla a los ojos, antes de que le cortaran la fiebre con penicilina. A mí, tardaron en coserme una hora: «cesárea vaginal», me aclararon luego. De tantos puntos que me dieron y tan mal hilvanados, estuve más de un año sin poder tener relaciones sexuales. El dolor era terrible y el orificio que habían dejado, minúsculo y endurecido. Durante los siguientes cinco años hacer el amor fue una tortura, que acabó cuando la matrona que me asistió en mi segundo parto (un nacimiento respetado, íntimo y maravilloso) se apiadó de mí y me rehízo el desaguisado del primero.

De mi segundo parto recuerdo el trato respetuoso, el goce, el asombro; la magia. Del parto de Ana recuerdo lo denigrante de no ser atendida, de dejarte sucia, sola y desamparada. Recuerdo no poder darle la mano a nadie. Recuerdo la rabia, sí, sobre todo la rabia, y la impotencia al escuchar que todo iba bien, una y otra vez. Recuerdo sentirme despojada de mis derechos como persona, sin que nadie me escuchara ni me apoyara ni me consolara. Y yo era tan joven y hubiera bastado con tan poco, con algo de ternura, de comprensión; de humanidad. Se supone que eres la protagonista de un momento único, pero hacen contigo lo que quieren. Te hacen sentir como si para ellos solo fueras «la de los gritos». «Jeeesús, es que no se calla».

(TANIA)

Un tiempo después de su parto, alguien le explicó a Tania que la primera matrona en atenderla era una buena profesional que, no obstante, le echaba la culpa de la masificación hospitalaria del servicio de obstetricia a la mujer. Es decir, pagaba con cada parturienta su rencor acumulado por los años ante las deficiencias de una Administración que no contaba con la infraestructura necesaria ni con el personal suficiente para atender un volumen elevado de partos diario. «No es mala persona; se limita a aplicar el protocolo», sugirió asimismo, tras el cambio de turno, una compañera de la comadrona que asistió el parto de María. «Aún no puedo hablar sobre lo que viví, sobre lo que me hicieron», susurra por el contrario ella. «No hay un solo día que no lo reviva y entonces me vuelven a temblar las piernas, tanto o más que aquel martes de noviembre».

La justificación de quienes desempeñan su labor en la atención perinatal de los modos en que son tratadas las embarazadas difiere según qué casos, pero podría resumirse en las argumentaciones siguientes: «Es lo que hay: estamos saturadas de trabajo», «me ciño al protocolo médico: en eso consiste hacer bien mi labor», «si me salgo del protocolo, viene el ginecólogo para cantarme las cuarenta», «aquí estamos para atender partos, no para implicarnos psicológicamente. Ellas son mayorcitas para saber lo que es parir y yo, desde luego, ni tengo tiempo ni soy la madre ni la confesora de ninguna para sentarme a escucharlas», «que en vez de las mujeres que llevamos por turno nos dieran solo una o dos, verás qué rápidamente humanizábamos la atención al parto». Estas son las respuestas de decenas de matronas y obstetras al ser interrogados acerca del trato frío, distante en el mejor de los casos —cuando no sin consideración alguna hacia la mujer—, y asimismo acerca de la banalización y el empleo generalizado de unas prácticas que han

demostrado ser perjudiciales para la madre o el bebé. «Tengo vida más allá del hospital: una familia, hijos. Y si tuviera que leer todos los estudios científicos que se publican sobre el embarazo y el parto, llevaría años sin dormir». En cambio, otros profesionales de la asistencia al nacimiento cuentan que «es terrible sentirse un bicho raro entre tus propios compañeros. La oveja negra. El progre. El que siempre tiene que dar la nota». «Cuando les intentas explicar que un parto es diferente de otro y que ambos están hechos, sin embargo, de sentimientos que incumben a quienes participan en él, te miran como si acabaras de salir de fumar marihuana», confiesan varias matronas sabedoras de que para sus congéneres ellas son unas hippies, unas liberales; unas raras. No obstante, es cierto: un alumbramiento constituye la expresión máxima de un estallido emocional. En él hay sangre y sudor y llanto y risas y gritos y desesperación y alegría arrebatadora y quemazón y placer y dolor por la separación del hijo, y miedo porque ahora habrá dos personas en vez de un todo, y gozo inexplicable por esa dualidad nueva: una madre, un bebé independiente de ella, fuera del útero que ha habitado durante meses, con respiración autónoma y entidad propia.

Un parto es un acto animal que, como tal, únicamente se guía por el instinto. Por eso no hay mejor experto en nacimientos que la propia mujer que está pariendo, conducida por sus hormonas y por la sabiduría mamífera de su cuerpo. El cuerpo está presente, y participa, y actúa, pero no se trata de un acontecimiento corporal o físico en exclusiva. Quien lo reduce a esto se equivoca. Quien se queda en el aspecto formal del parto y no en su fondo yerra. Quien olvida o ignora su contenido emocional está olvidando o ignorando su verdadera esencia. Por tanto, alguien que solo presta atención a la forma, a lo exterior de un parto, no podrá nunca ayudar a una mujer a parir. Cualquier profesional que se desentiende del interior del proceso del nacimiento o se encuentra más preocupado por abrir vías, anestesiar, monitorizar y tener sujeta bajo control a una mujer que por proteger su estado anímico en la separación de su hijo jamás entenderá en qué consiste su trabajo. Porque ajustarse al dictado de unas normas externas incomprensibles para madre y bebé es fácil, abreviar físicamente la ruptura de ambos es sencillo, aunque los sentimientos de la mujer y de su hijo queden expuestos, sin protección. Lo que se demuestra con ello, empero, es que no se está entendiendo nada. Fruto de esa ignorancia, se interviene por rutina en un proceso del que se desconoce su origen, sus reglas nacidas del subconsciente y, sobre todo, las secuelas que tales

actuaciones producen. Eso que se denomina morbilidad perinatal y que tiende a ser olvidado porque no parece importante comprender que los actos llevan aparejadas consecuencias, que cada una de las intervenciones realizadas sin necesidad en el parto de una mujer puede dejar huellas en su cuerpo, en su mente y en los de su hijo.

Hasta no hace mucho se pensaba que los recién nacidos carecían de sentimientos, lo que resultaba muy socorrido a la hora de tratarlos con insensibilidad manifiesta. Quién iba a imaginar que lo vivido en su nacimiento les dejara marcados para el resto de la vida. Quién se atrevía siquiera a sospechar que un alumbramiento sin violencia supusiera el inicio de un mundo sin ella. Así pues, mientras una mujer se halla en el recorrido de un nacimiento, hacer punto, estudiar las ofertas de una cadena de supermercados o los sinsabores amorosos de los personajes de la prensa rosa, implica la ignorancia más absoluta de lo que está aconteciendo al otro lado de la mampara de cristal. Alguien que permanece detrás de esta pensando que una mujer es una pesada que no se calla, que grita para fastidiar o por capricho, o que es una más de las parturientas que «lleva» al día o que le «dan» en su turno no puede hacerse cargo de un parto. De ningún modo puede ayudar a esa mujer a recorrer el viaje del desprendimiento con el mínimo coste emocional posible. Y, sin embargo, asistir un parto sin complicaciones (la inmensa mayoría) no es más que esto: saber estar sin hacerse notar, como Sebas en mi propio parto; no es más que acompañar a la mujer y al bebé en ese tránsito suyo hacia la ruptura. Si en este proceso no se sumergen con toda su capacidad emocional quienes participan en él, el frágil equilibrio hormonal de la madre se deshace, el parto se quiebra; la mujer se cierra en vez de barrer de obstáculos el camino de su hijo a través de ella. Se contrae cuando lo que necesita es dilatar.

Se antoja difícil averiguar por qué, a muchos profesionales de la atención perinatal, les cuesta reconocer que en un alumbramiento se fusionan las subjetividades y emociones de todos los presentes. Si no fuera así, no habría parto. No habría nacimiento o co-nacimiento, pues tanto la madre como su bebé nacen a vidas distintas de las que les eran hasta ahora conocidas. Habría, sí, una mujer sometida, desamparada entre personas que la perforan, rasuran, tocan, reconocen, duermen, cortan y suturan. Pero quién le cose a una mujer las secuelas que abre en ella el miedo, la impotencia, el desamparo, la rabia, la vergüenza. En un parto, cualquiera de estos sentimientos negativos hace que irrumpa la razón en un acontecimiento que ha de permanecer libre de esta.

Abandonar la guía del instinto conduce a que el proceso se alargue o se detenga, o se haga más doloroso. De hecho, a muchas mujeres se les detienen las contracciones al llegar al hospital, o la frecuencia de las mismas se ralentiza, debido a que suele tratarse de edificios que impresionan. Más aún si, como la mayor parte de ellos, son feos, gélidos e impersonales.

Desde luego, algo falla cuando las personas que intervienen en un parto guardan percepciones opuestas de lo vivido en el mismo. Da que pensar que para el profesional encargado de un parto este vaya «muy bien, muy bien», súper, y para la mujer este discurra mal, muy mal, rematadamente mal. Solo cabe ser explicado atendiendo a que uno está limitándose a aplicar sobre un cuerpo las prácticas enumeradas en un protocolo de actuación y la otra está sintiendo cómo le hurtan una vivencia maravillosa e irrepetible. Es decir, uno está poniendo su empeño en ser «muy profesional» para no salpicarse emocionalmente en tanto la mujer está demandando la atención especializada de un «buen profesional» que la acompañe y oriente en su proceso de cederle el paso a su bebé; un buen profesional que se implique, que se embadurne como ella hasta el fondo.

En un nacimiento, la corporalidad es importante, pero representa solo una pieza dentro del universo global del parto. Atravesar este es permitir que el cuerpo se abra para dejar paso a un bebé hacia lo desconocido. De lo interno a lo externo. Del agua al aire. De una temperatura perfecta a un frío variable e incierto. De la duplicidad a la unidad. Para una mujer es justo al contrario: pasa de ser una a ser dos, deja de tener a su hijo dentro de sí para concederle una vida separada de ella. Se trata, pues, de un doble viaje: la mujer recorre el tránsito de la ruptura, el hijo el del nacimiento, aunque ambos desde la paradoja de la separación que desemboca en la impronta, ese flechazo entre madre y bebé cuando sus ojos se encuentran. Por eso una mujer ha de estar muy preparada desde el punto de vista emocional para afrontar ese viaje que solo puede hacerse desde su esencia mamífera. Su parte animal tiene que conseguir adormecer la racional porque un parto es una colina nevada susceptible siempre de aludes. Sostenido sobre la perfección del equilibrio de una mezcla de hormonas, cualquier mínima alteración de esta puede desembocar en el desmoronamiento del proceso. El peso del frío de la nieve puede caer sobre una mujer de parto y sepultar sus intenciones de un alumbramiento libre y no medicalizado.

La apertura del cuerpo de la madre precisa de una apertura

psíquica previa. De hecho, parir y hacer el amor son dos actos humanos que se asemejan: requieren la misma intimidad, hay en ellos entrega absoluta y abandono del mundo racional o de las formas. De manera que cuando una mujer está pariendo necesita concentrarse en sí misma, aislarse para soportar la paradoja del placer de dar vida y del dolor a la vez de la ruptura que ese placer lleva implícito. De ahí que una mujer se quiebre interiormente en un parto una vez y otra a fin de desbrozarle el terreno a su hijo para que este encuentre el camino (que le aleja de ella) libre de obstáculos. Sin embargo, el trato aséptico (maltrato, no pocas veces) y la mayoría de las prácticas realizadas en un hospital, incluida la forma del ingreso, van dirigidas a lo contrario: a que la mujer se cierre emocionalmente, se bloquee. ¿Sería alguien capaz de abandonarse al éxtasis de la pasión, al paladeo entusiasta de hacer el amor mientras le afeitan los genitales, le colocan un enema, le amarran a un monitor que le devuelve los latidos del corazón de su bebé a un volumen de infarto, le abren vías, le anestesian, le ensanchan a golpe de bisturí su órgano sexual y le cosen, todo ello en un ambiente frío, de ruido, de conversaciones de personas extrañas, con luces cegadoras y con las piernas sobre unos estribos? No parece una imagen muy idílica del deseo, desde luego, que invite a relegar la razón en aras del disfrute. Pero así es como se espera que una mujer dé a luz.

No es menos cierto que en demasiadas ocasiones son las mujeres quienes, por desconocimiento o por no oponerse a las presiones familiares, sabotean su propio trabajo de parto. El nacimiento de Susana, la hija de Almudena, es solo un ejemplo de lo que sucede en algunas habitaciones del área de dilatación de un hospital:

Si volviera a parir, lo haría en la intimidad más absoluta. Con muy poca luz. Sin voz alguna más allá de mis gritos. Con el recogimiento que me pidiera el cuerpo, teniendo únicamente en cuenta los dictados de mi instinto. Como una fiera. He sido testigo de un parto así, un nacimiento natural tan distinto del mío… No me impuse. Disfruté de un cuarto de dilatación individual (ahora me doy cuenta de que fue todo un lujo) porque esa tarde éramos pocas las parturientas ingresadas. Pero no supe aprovechar ese regalo: entró conmigo toda mi familia y también la de mi marido. Se turnaban para verme y comprobar que todo iba bien. «Para darme apoyo», decían. Cómo iba a ir bien con ellos rodeándome, hablando entre sí, sin un momento para concentrarme en lo que estaba aconteciendo dentro de mi cuerpo. Yo no quería su apoyo; quería que se fueran, que me dejaran sola. Estaba muy nerviosa y enfadada, aunque no tuviera valor ni siquiera para insinuarlo. Para postre, era tarde de

sábado, día de fútbol. Radiaban un Barcelona-Madrid. En cada contracción, agarraba con fuerza la mano de mi marido, mientras él escuchaba la retransmisión con los auriculares puestos. A cada rato, yo gritaba por el dolor; él, de alegría por los goles. Menos mal que, como no dilataba, a media noche los echaron. Sin embargo, ya era tarde: estaba ofuscada con el padre de mi hija, sin concentración, ajena a una experiencia irrepetible. En esos momentos, ya solo deseaba que todo acabara cuanto antes.

En este sentido, las comadronas se quejan de que resulta muy complicado imponerse ante el marido, la madre de la mujer de parto, las hermanas e incluso primas o amigas que, una vez conocido su ingreso, acuden a hacerle compañía. Abrirse entre la multitud, por mucho cariño que le tengan a la embarazada y con todo el afecto de que sean capaces, es una labor fallida de antemano, que las más de las veces ralentiza el proceso y lo convierte en más doloroso. De ahí a que le inyecten oxitocina a fin de provocar unas contracciones más intensas y seguidas, y a suplicar luego la epidural no existe más que un paso. El resto, episiotomía y grandes posibilidades de un parto instrumental o de una cesárea, ha quedado sobradamente expuesto en este capítulo.

«¿Se puede humanizar el parto de una mujer cuando su propia familia o la de su compañera de cuarto no quiere humanización ni gaitas, sino acabar cuanto antes? “Pues, como esto no empiece pronto, veremos a ver…”, suelen decirnos, como si nosotros pudiéramos parir por ellas. Es la familia de la mujer muchas veces la que insiste en su ingreso, aun explicándoles que se trata de su primer parto y que está en pródromos, con un centímetro o dos de dilatación. Que va para largo y que mejor vivir esta parte tranquila, en casa. Como no aceptan, les insinuamos que le vendría bien caminar por los alrededores, despejarse. Pero ellos erre que erre con el ingreso y con entrar a la habitación para acompañar a la futura madre. No entiendo cómo las mujeres se dejan avasallar de este modo antes de dar a luz». La voz de esta matrona de un hospital madrileño resume la queja de un sector de profesionales que siente cómo la «desinformación genera agresividad y presiones». La andaluza Ana María Pérez se atreve a ir más allá: «A varias de mis compañeras y a mí nos han llegado a preguntar con muy malas formas, gritándonos, a dos palmos de la cara, a la hora a la que iba a parir una mujer. Se trabaja con mucho estrés; a veces, con maridos amenazantes y desconfiados que carecen de conocimiento alguno sobre el parto».

La perjudicada siempre es la mujer y, como consecuencia de

ello, también su bebé, junto a la vivencia de ambos del alumbramiento. Es ella quien ha de plegarse a los ruegos de un padre que la devuelve a la infancia solicitando a los profesionales, para su hija, «los mejores cuidados» de un parto rápido. «Sin sufrir». Es ella quien absorbe todos los consejos de una madre que ya ha parido y sabe «lo que es»; una madre que muy probablemente pariera sin epidural pero que insta a su hija a que la solicite para evitarse «los dolores». Pese a que cientos de veces la mujer quiera demandar un parto natural, su familia la disuade o por lo menos lo intenta, con lo que se necesitan muchas ganas y un altísimo poder de concentración interior a la hora de aislarse del sentido de culpabilidad que aparecerá irremediablemente en la mujer que da a luz, al desoír las recomendaciones de quienes desean «lo mejor para ella». Así lo confirman mujeres valientes como María Isabel Fernández, que ha parido dos veces de manera natural. Al día siguiente de su segundo parto, pude charlar con ella. Estaba amamantando a su bebé, sentada sobre una cama del hospital de Huércal-Overa. Deslumbrante, feliz, dueña entera de sus actos. «Mis amigas piensan que estoy loca. "Qué ganas de pasar un mal rato", dijeron extrañadas cuando les conté que quería un segundo parto como el primero: sin medicalización, sin intervenciones, sin nadie más que la comadrona, mi marido y yo. "Si tú eres feliz sufriendo… Donde esté la epidural…". No pueden entender que no se sufre en un nacimiento así, que se vive, que se siente con toda la intensidad de que son capaces la mente y el cuerpo. Tampoco mi madre ha llegado a comprenderme. "Tenías que haber pedido la epidural, como todo el mundo", protesta todavía hoy. No sé lo que hacen o sienten las demás mujeres en sus partos, pero sí sé lo que se pierden o lo que les roban. Yo no quería perderme nada ni que me robaran tampoco algo que es mío, una vivencia mía compartida con mis hijos».

María Isabel tuvo suerte: su marido la apoyaba. La experiencia de un gran número de mujeres, por el contrario, es bien distinta. Sus maridos o compañeros desconocen los entresijos de un parto, de modo que viven las distintas fases del mismo desde la incomprensión más extrema hacia la voluntad de ellas. Ignoran la animalidad y las particularidades de un proceso fisiológico cuyas reglas no pueden generalizarse más allá de las situaciones personales de sus parejas. Por eso luchan por que las mujeres recapaciten, se dejen hacer por su bien. Para muchos hombres no hay nada más inexplicable que un nacimiento, del que creen sentirse excluidos. Acostumbrados a tenerlo todo bajo control,

asisten desconcertados a un acto que se niega a ser controlado. En no pocos casos, son los primeros en insistir en que la mujer dé marcha atrás y se deje atender por las manos especializadas de la medicina y la técnica. Con ello, no es el miedo de la mujer de parto el que intentan vencer; es su propio miedo a lo que está teniendo lugar dentro del cuerpo de ella, fuera de su poder y hasta de su vista. El papel de la mujer es reducido entonces al de mera enviada, al de pueril cigüeña que no tiene voluntad alguna más que la de ejercer de mensajera de un nacimiento por completo extraño. La *autoritas* sobre su parto (por ende, también sobre su bebé) le es conferida desde el exterior; es decir, son los expertos, los sabios (los doctores, las matronas, la familia) quienes actúan sobre su cuerpo y sobre sus deseos pues conocen lo que de verdad le conviene mejor que ella.

CAPÍTULO CUATRO

La maldición de Eva: a propósito del dolor y del placer en el parto

La cultura del dolor

> *A la mujer dijo: «Multiplicaré en gran manera los dolores y en tus preñeces; con dolor parirás los hijos». Génesis, capítulo 3, versículo 16.*

En un gran número de guías convencionales sobre embarazo, parto y puerperio (en su mayor parte desarrolladas por profesionales de la medicina) se reiteran cuestiones como las siguientes: «De cada 100.000 mujeres, hay 3 a las que no les duele ninguna contracción». ¡Qué generosa! Pues se trata de la reflexión de una ginecóloga a propósito del dolor en el parto. Otro especialista añade que la oxitocina sintética es necesaria porque «las contracciones espontáneas no son suficientemente eficaces para dilatar el cuello en un plazo razonable. Y mejorar las contracciones quiere decir hacerlas más intensas, más largas y más frecuentes; por tanto, más dolorosas». A su vez, una doctora resalta: «Si un padre entra en un paritorio, su ubicación ideal es detrás de la cabeza de la madre. Desde ahí no verá la parte más médica y antiestética del parto». Del mismo gremio, otro autor apunta: «Cuando se utiliza analgesia epidural, el dolor no es el protagonista único del parto». Cabría preguntarse si el protagonista solitario es el dolor, cuál es el papel de la mujer y del bebé, al parir y nacer respectivamente. Otra experta aclara esta cuestión: «El niño es el viajero, siempre pasivo». Acabáramos. Si el bebé es un elemento «pasivo» en su propio nacimiento y el dolor, el protagonista absoluto del acto de parir, a la mujer le queda la inestimable labor de convertirse en una mera observadora de lo que acontece dentro de ella, de ser la mensajera que carga con una buena nueva hasta un paritorio para que, una vez allí, se la extraigan. Ella, «con el rostro contraído, los puños crispados, la piel sudorosa y la respiración entrecortada. La angustia envuelve la sala de partos», agrega un último doctor.

Con esta imagen suya de cigüeña, y con esta predisposición al «sufrimiento del parto», a los múltiples y potentísimos «dolores» que son propios de un acto médico y antiestético, vivido por la mujer «con los puños crispados» y falta de oxígeno, es como tiene que acercarse una parturienta probablemente al suceso más grandioso de su vida. No es de extrañar que, con dicha concepción del parto, una mujer se enfrente a él atemorizada, deseando que le alivien el dolor interiorizado durante generaciones y que su estancia en el paritorio sea la más breve de la historia de la medicina obstétrica.

La idea del parto como una situación complicada y peligrosa, revestida de un dolor insoportable, no es de ahora; no es una invención de la ginecología moderna. Al objeto de dirigir los paritorios a través del sometimiento de una mujer invadida por el miedo a sufrir, la obstetricia convencional solo se limitó a emplear en su provecho, fomentándolas, ideas que ya formaban parte del imaginario colectivo de Occidente. Desde el castigo bíblico «con dolor parirás los hijos», en nuestra cultura ha ido retumbando como el eco la culpa de ser mujer, de haber pergeñado el pecado original. Mujer y culpabilidad han ido durante siglos de la mano, sobre todo en lo referente a la cuestión erótica porque el pecado cometido por la mujer fue el de descubrir su cuerpo y, con él, la sexualidad. Por eso la mujer ha de parir con dolor, para que en la relación amorosa ella tenga siempre presente el miedo, y no le quede espacio al placer. Dar a luz es, así, un suplicio, una carga que duele y que puede llevarte a la muerte. De hecho, que una mujer muriera en el parto o en el puerperio (en la mayoría de los casos por infecciones) ha sido algo común a lo largo de la historia. En el siglo XIX, los porcentajes de fallecimientos se multiplicaron. Las mujeres más pobres acudían a hospitales universitarios donde los médicos pasaban de la morgue a la práctica de exámenes vaginales sin lavarse las manos siquiera. Ante esta situación, el dolor se apoderaba de las parturientas de forma aterradora, como reflejo físico de su pánico a morir. De ahí que nuestra cultura se halle imbuida todavía hoy, no ya de ese temor insuperable a la muerte en el parto, sino del miedo a padecer dolores terribles en el mismo.

Este miedo se ha filtrado de manera tan profunda en nuestro modo de entender el alumbramiento como castigo doloroso y sufrida carga, que cualquier situación difícil tiende a ser comparada con un parto. «Me está costando más que un parto», se dice. «Es más cansado que un parto» o «esto duele más que dar a luz». De este modo, con frecuencia se identifica el dolor del parto con el provocado por cálculos en un riñón. Curiosamente, son los hombres quienes suelen hacer este tipo de apreciaciones. Ellos, a lo que la naturaleza les ha negado la posibilidad de concebir. Así las cosas, el parto es visto como una enfermedad, como una piedra dolorosa que la mujer guarda en su útero a la espera de que la liberen de ella. A ser posible, sin sentir nada. De igual forma, se habla de «los dolores de parto», no de las contracciones. «¿Cada cuánto tienes los dolores?», se pregunta muchas veces para saber si es conveniente recomendarle a una mujer que acuda pronta al hospital. Una vez allí, el ritmo de los movimientos del útero se medirá atendiendo a

su intensidad: cuanto más duelan las contracciones, más eficaces serán estas y más rápidamente dilatará una parturienta. El dolor es mostrado no como una oportunidad de crecimiento personal sino como la única manera de constatar que se acerca el momento de dar a luz. Sin embargo, la ciencia logra que con analgésicos la mujer no sienta ese dolor, ni tampoco ninguna otra sensación. Al librarla de él, se le impide también experimentar la vivencia plena y gozosa del parto.

Las prácticas hospitalarias consiguen que la mujer se desconecte de su cuerpo y del proceso fisiológico en el que se halla, para cederle esa responsabilidad a la medicina. Pero si se suprime el dolor, el acontecer natural del alumbramiento queda asimismo afectado, se retrasa o se detiene. Al eliminar el dolor con analgésicos, el organismo deja de producir endorfina, la denominada hormona del placer porque mantiene a la embarazada en una especie de nube eufórica, de embelesamiento crucial para establecer el vínculo afectivo con su hijo. Además, la endorfina, al fin y al cabo un opiáceo, es el fármaco natural más potente contra el dolor, y si se deja hacer a la sabiduría del cuerpo, este lo libera durante el parto en gran cantidad. A menudo, aunque estén satisfechas con que la epidural les haya evitado tener que vérselas con el dolor, las mujeres se quejan de que la analgesia las mantenga tan lúcidas, tan pendientes de lo que les rodea, cuando ellas esperaban sentir una cierta desinhibición. Los fármacos también se llevan ese olvido del pudor, de las formas, de todo lo que viene de fuera porque ya no hay endorfina que embriague. Sobre este punto, Michel Odent argumenta que supone una equivocación referirse al dolor del parto como si se tratara de una parte aislada del mismo. «Da la impresión de que el dolor se pueda desvincular a voluntad del proceso de un nacimiento sin que esto repercuta en la más mínima forma en el progreso del parto», aclara. «El dolor no se puede eliminar por las buenas de un proceso normal y sano, y después creer que te quedas con este proceso sano pero sin dolor».

Sin embargo, el parto medicalizado no se plantea esto porque una de sus grandes angustias es «para qué van a sufrir las mujeres sin necesidad». Para los profesionales, uno de los puestos más altos en la escala de preocupaciones lo ocupa el alivio del dolor. «Como médico, mi misión es evitarle sufrimiento a una paciente» fue una de las expresiones más repetidas a lo largo de las entrevistas realizadas a obstetras durante el proceso de documentación de este libro. Seguida muy de cerca por esta otra: «Si un dentista administra un analgésico para evitar el dolor, por qué no lo va a hacer un

ginecólogo». Sin duda, mi preferida. De nuevo, la idea de la embarazada como enferma y del parto como patología, ya sea un cólico renal o una caries. Pero ¿se trata del mismo dolor, el de una infección bucal o el de la extracción de un diente que el del parto? ¿Es lo mismo sacarse una muela que parir un hijo?

En toda clase de dolor convive siempre un componente físico y otro mental. De tal manera que un dolor visto como inútil o innecesario es menos soportable que aquel que desempeña una función importante. Durante la Segunda Guerra Mundial, algunos médicos de campaña, sorprendidos por los distintos umbrales de dolor de los soldados, estudiaron los patrones de conducta a los que tales diferencias eran debidas. Su conclusión fue que, con independencia de la gravedad de las lesiones, los combatientes que estaban encantados con alejarse del frente para curar sus heridas no demostraban síntomas de dolor. A diferencia de aquellos que, entristecidos, avergonzados o incluso culpabilizados por haber sido el blanco del enemigo, yacían en la cama sin poder soportar sus dolores. En los años 90, un estudio de un grupo de tocólogos corroboró esta hipótesis en lo concerniente al nacimiento. Fue incluso más lejos al sostener que la petición de analgésicos está estrechamente ligada a la actitud de la mujer frente al dolor del parto antes del inicio de este. Los resultados no dejan lugar a dudas: de los dos grupos de parturientas elegidas (uno holandés y otro norteamericano), el segundo demandó casi por completo fármacos contra el dolor en tanto que del primero solo lo hizo un número insignificante de mujeres. Los partos de unas y de otras se limitaron a reflejar las expectativas que cada mujer tenía sobre el nacimiento. Para las holandesas, parir es un proceso fisiológico para cuyo desarrollo su organismo está perfectamente capacitado. Por eso lo viven desde el abandono placentero de su cuerpo a las mil y una sensaciones que el parto va a proporcionarles. Para las mujeres estadounidenses, en cambio, el parto implica un sufrimiento gratuito; un dolor horroroso sin finalidad alguna. Esto es, esperan que les duela, y les duele; se resisten a él con todas sus fuerzas porque no entienden su significado, y les duele más aún. Cuanto más se enfrentan al dolor, más se hace este notar.

Sobre el modo de entender el dolor en la sociedad norteamericana, Lorraine Richardson, partera jubilada, confiesa que es «un tema absolutamente tabú». Como también lo es el sufrimiento, y más aún la muerte. «He visto a enfermeras nerviosísimas ante las contracciones naturales del útero diciéndole a la mujer: “No sabes lo que se te avecina. Lo que viene es peor”. Con

esos ánimos, la gestante, por supuesto, acepta que le administren fármacos contra el dolor, incluso aunque en ese momento pudiera pasar sin ellos. ¿No es absurdo? Es una forma de sugestión imperdonable. En esos momentos, la mujer necesita apoyo afectivo, confianza y tranquilidad; no que le infundan más miedo del que ya lleva». Por su parte, acerca de la manera holandesa de concebir el nacimiento como una explosión de sensaciones inseparables, las comadronas Beatrijs Smulders y Mariël Croon reconocen que en su país «está muy arraigada la noción de que el cuerpo de la mujer sabe perfectamente lo que necesita y que la naturaleza misma se ocupa de todo si se le da tiempo suficiente». Por eso los analgésicos no se emplean en los partos normales, se reservan para las complicaciones. Sabia postura que comparten con sus compatriotas femeninas médicos y matronas.

En España, muchos profesionales de la asistencia al parto le reprochan a los compañeros partidarios de un nacimiento más humano, en el que no se perturbe su desarrollo fisiológico sin motivo, que abandonen a las mujeres en las fauces del dolor. «Sin epidural, estás condenando a esa mujer a un parto doloroso». «Le vas a hacer sufrir sin necesidad». Estas situaciones donde se enarbola la bandera de la lucha obstétrica contra el dolor o el sufrimiento de la parturienta son frecuentes. A veces, la oposición frontal a la vivencia del nacimiento en toda su plenitud, sin destruir ninguna sensación, intenta defenderse con argumentos racistas o xenófobos, en cualquier caso siempre peregrinos e infundados, y cómo no misóginos. Uno de estos casos lo vivió Amparo: «Estábamos a unos metros de la mujer. Le dije al ginecólogo: "Nos vamos al paritorio, mira qué feliz va. ¿Acaso tú la ves sufrir?". La mujer tenía los ojos cerrados, semitumbada en la cama, de lado, agarraba suavemente las manos de su marido y susurraba muy bajo una melodía. "Es medio gitana, las gitanas siempre paren cantando. Son de otra naturaleza. Están hechas de otra pasta", fue su respuesta. Lo fuera o no, lo suyo en aquel momento no era un comentario racista. Era un comentario que atentaba contra la grandeza del cuerpo de toda mujer. Era una forma de argumentar que el resto de mujeres (no gitanas) sí tenían partos dolorosos, insoportables sin epidural. Si la *naturaleza* de las gitanas era distinta, qué eran las demás mujeres: ¿robots? Las mujeres paren felices sin analgesia, pero él como jefe de servicio era más feliz administrándola para llegar al 80 % de aplicación y cumplir de este modo *los objetivos de calidad*. Es de chiste: a inyectar analgesia lo llaman objetivo de calidad. Qué son entonces el bienestar de la

madre y de su hijo, la satisfacción de ambos».

«Estás condenando a una mujer al sufrimiento». «La cuestión es esta: o se elige sufrir o se elige la epidural. Una persona normal elige siempre la epidural». Es tan habitual el empleo de este lenguaje en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de un centro hospitalario, y tan revelador. Un parto que sigue su curso natural visto por los profesionales clínicos como condena, como castigo, no como opción gozosa. El nacimiento medicalizado confunde dolor con sufrimiento, y este error no se trata de una cuestión baladí. Muy al contrario, las expresiones que identifican dolor en el parto con sufrimiento de la mujer tienen como objetivo reforzar la interiorización del miedo. Pero dolor y sufrimiento no son una misma cosa. En un parto, el sufrimiento implica un estado de ánimo de la mujer producido las más de las veces por la sensación de encontrarse sola, desinformada, incomprendida, temerosa de no dar la talla ante las expectativas médicas, familiares o propias. Pero por encima de todo el sufrimiento debe su causa a la forma como es tratada la mujer, a las intervenciones sin sentido que ignoran su voluntad. El dolor, en cambio, tiene que ver con la percepción sensorial que acompaña a una sensación física. Y como hemos podido analizar hasta ahora el temor a sentirlo en el parto depende de cada cultura, y dentro de esta de cada mujer. De tal manera que aquella mujer, para quien el parto sea una experiencia única de crecimiento personal, transitará por este acontecimiento de su vida entregada a su instinto y a cada una de las sensaciones que le regala el cuerpo, sintiéndose una privilegiada por poder experimentar esa vivencia desde la confianza en su poder de hembra mamífera. En su alumbramiento, el dolor no será el protagonista porque ese papel le corresponde a ella y a su bebé. Madre e hijo, *endorfinados* por así decirlo, no le confieren poder alguno al dolor porque ellos están más allá de él, inmersos en el disfrute de los movimientos de sus cuerpos que pujan uno por salir y el otro por permitirle el paso.

El dolor durante el parto arranca todos los frenos, todas las máscaras, también los prejuicios y las culpas acumuladas por la mujer a lo largo de los años. La enfrenta consigo cara a cara, a su sombra, como escribe Laura Gutman, a esa parte de sí misma relegada a la oscuridad. Es un renacimiento, y como cuando nació por primera vez, a lo largo de él se encuentra desinhibida por completo. Sin embargo, al ser anestesiada, se pierde irremediablemente esa desinhibición y a su vez todo un conjunto de sensaciones elementales que son el primer paso para asumir la sensación de separación, de pérdida y de quiebra interior,

paradigmas de la maternidad. Esto es, solicitar un fármaco para no sentir dolor en un parto sin dificultad alguna no es una buena idea. Con la sensación de dolor dormida, también se duermen otras sensaciones y peor aún las emociones que las acompañan.

No obstante, antes de que el parto llegue, muchas mujeres lo contemplan desde la perspectiva única del miedo al dolor. Los analgésicos (con la epidural a la cabeza) se convierten en su referente social, es lo que le han recomendado sus amigas, sus madres y el personal sanitario en la preparación a la maternidad. Eso y que los médicos son los que entienden. Nuestra educadora prenatal, por ejemplo, le dedicó tantas sesiones a constatar las «sensaciones» del embarazo («los pechos te duelen», «te cansas con nada», «se te arquea la espalda», «estás más sensible; lloras por todo»…) y a regodearse en cada una de las penurias del parto, «lo bueno es que es un rato, y luego se pasa», que no quedó tiempo para la auténtica enseñanza maternal, aquella que versa sobre la época de mayores cambios para una mujer, el puerperio. Lo despachó con un «la cuarentena es muy bonita, pero os sentís tan cansadas que no la disfrutáis. Además, está el dolor de los puntos, el sangrado, los entuertos. La semana después del parto venís a que os quitemos los puntos y ya os cuento algo más». Mejor que no. En esas circunstancias, hablarles del placer del nacimiento y de vivir el parto en su conjunto, con todas las sensaciones que este conlleva, es dirigirse a ellas en un idioma desaparecido. «A mí que me quiten el dolor y que mi niño esté bien, eso es lo único que me interesa», repiten desde una óptica del alumbramiento interiorizada desde niñas. «Por qué no habré nacido hombre. Ellos se evitan los sufrimientos de la regla y del parto», es otra frase que reiteran en cuanto tienen oportunidad.

Ser madre no es un pesar, es una espléndida oportunidad de enriquecimiento personal si se vive sintiéndola como un regalo, no como una carga. Expresiones como: «Voy a tener un hijo rápidamente porque así me lo quito de una vez, y ya puedo dedicarme a otras cosas» (no se entiende muy bien si lo que se quita de encima es el hijo o la maternidad), «uno de mis sueños es que me despierto y ya está ahí mi hija, sin haber tenido que pasar por el parto» o «¿no te pusieron epidural? Tú es que eres muy fuerte, aguantas más» son un reflejo verbal de lo que nos han enseñado desde pequeñas que es parir. Por eso muy pocas mujeres lo ven como un privilegio que la naturaleza nos ofrenda; para la mayoría supone un suplicio que, por pertenecer al sexo femenino, solo pueden sobrellevar con el cuerpo insensibilizado. Las han instruido

a conciencia, curiosamente sin que las profesoras (mujeres de su entorno) fueran conscientes de ello. Hasta las ginecólogas y matronas más jóvenes, a quienes se supone un conocimiento de la fisiología femenina suficiente para comprender su perfección a la hora de gestar y parir un hijo, comentan con una mueca de desagrado: «Por ahora, no me planteo tener un bebé; ¡con lo que duele! Las veo intentar un parto natural y me da grima». Un parto al que se le permita seguir su curso fisiológico no se «intenta» para demostrar que se es «fuerte» o que se «aguanta más», como tampoco debería terminar un nacimiento en la analgesia por la presión social y de la medicina obstétrica. Se trata de decidir, como sus verdaderas protagonistas, qué parto queremos. Y ello solo depende en esencia de dos percepciones diferentes: la que entiende el nacimiento (sin complicaciones) como un proceso sano y natural para el que los cuerpos de la madre y del bebé están absolutamente capacitados, y en el que el dolor (si aparece) es una sensación más a vivir con todos los poros de la piel. Y la que ve como natural someter el cuerpo femenino a intervenciones médicas (entre ellas, la administración de analgésicos) como única forma de llevar a buen puerto un parto normal, entendiendo este como un proceso siempre difícil y peligroso, que cursa con dolores terribles.

¿Bajo el discurso de las mujeres de no sentir nada en el parto yace únicamente la posibilidad de rehuir el castigo divino y asimismo la interiorización de una cultura medicalizada para la que la naturaleza es inferior y, por tanto, susceptible de control por parte de los fármacos y de la técnica, o hay algo más? Parece lógico vislumbrar que así sea, que exista un miedo por encima de todos los descritos, dominándolos: la ansiedad generada por lo desconocido. El dolor tampoco es ajeno a la historia emocional de la mujer. Por eso dejar que este se exprese es enfrentarse a preguntas dormidas: ¿seré una buena madre? ¿Podré hacerme cargo de otro ser? ¿Estoy preparada para afrontar la maternidad? ¿Recuperaré la vida que tenía? O ¿cómo será todo a partir de ahora? Ese temor es angustioso, tenaz y duele como si viajara en la sangre, lejos de los nervios a los que la epidural ha dejado cao. La mujer no puede adormecer el dolor de esas preguntas durmiendo su cuerpo. Lo único que puede hacer es posponerlas perdiéndose la vivencia de su parto, y, con ella, las quiebras psíquicas, las sorpresas y los hallazgos sobre una misma

No obstante, el miedo al dolor es tan lícito como el temor a que no te dejen abandonarte a él, sin resistencias ni frenos. El miedo a dejarse ir, a chillar, a desinhibirse, a «descontrolarse» en un parto es

tan respetable como el temor a un nacimiento disciplinado según unas normas no orgánicas, impuestas desde fuera. Para muchas mujeres y también para mí, el dolor del alumbramiento no es un dolor padecido. No implica sufrir. No es una maldición transmitida de madres a hijas o un pasaje obligado que solo los analgésicos consiguen aliviar. Lo he experimentado en mi propio parto, un dolor, como escribe la comadrona Paule Brung, «que una lleva en sí, oculto. Lo que duele no es la contracción, es ese otro dolor interno». Lo que la contracción hace es revelar ese dolor profundo que galopa a través de articulaciones, músculos y nervios, exteriorizándolo. Al parir en un hospital, yo tenía miedo de que no me dejaran dar a luz según mis deseos; el trato recibido con el ingreso no hizo más que reforzar ese temor. Por eso el dolor fue sentido como parte del nacimiento de mi hija, junto a mil y una sensaciones más, placenteras todas ellas. Cuando, encerrada en el baño, me entregué a él, permitiendo que los movimientos de mi cuerpo se hicieran uno con los de Ruth, volví a mis instintos más salvajes, más carnales, menos asépticos, menos pudorosos o controlables. Parí con todo lo que yo era en aquel momento: una mujer poderosa que confiaba en la perfección de su cuerpo, destinado desde el principio de los tiempos a dar vida. De este modo, parir fue un saboreo amoroso bañado de sensaciones explosivas en las que el dolor solo se dejaba ver mientras, abandonada por décimas de segundo la fuerza de mis instintos primales, me hacía consciente de dónde me encontraba.

La analgesia epidural

> *Soy Victoria. Me da pánico el parto. Obviamente, pediré la epidural en cuanto vea un letrero que diga «hospital». Es un derecho que tengo y lo voy a ejercer. ¡Hoy la pediría hasta la Virgen!*

En la tocología intervencionista, el parto es el poder, y la analgesia epidural uno de sus bastones de mando, quizá el más representativo. Un bastón que también sujetan con fuerza los anestesistas. Médicos de una y otra rama coinciden en que hoy en día «la mujer que siente dolor en el parto es porque quiere». De lo que se trata es de eso, de sentir o mejor de no sentir a lo largo del trabajo de parto. Porque una mujer que no siente, no protesta. No perturba la labor asistencial. Si su miedo es la seguridad de su bebé, las intervenciones le son ofrecidas para garantizar esa seguridad, por lo cual se quedará tranquila. Si su miedo es el dolor, la

analgesia epidural es mostrada como el método más certero para que el dolor desaparezca, lo que reforzará su sensación de confianza en el estamento médico y en que está haciendo lo que tiene que hacer, lo que hacen todas las mujeres llegada esa hora: abandonarse en las manos del progreso. Es una forma muy sibilina de sometimiento del poderoso instinto de su naturaleza, que permanecerá tendido, como la bella durmiente, dentro de un cuerpo insensibilizado.

Con la epidural, el nacimiento se producirá sin gritos, bajo la guía del ginecólogo o de la matrona, que dirigirá los pujos. La mujer no chillará ni «se descontrolará» en la sala de dilatación, ni tampoco en el paritorio. Tumbada boca arriba, con las piernas sobre los estribos, su cuerpo quedará fuera de combate para reunirse con su sabiduría innata, lo que, en los partos sin riesgo, supone tender un puente al aumento de las intervenciones médicas. Preguntadas al respecto, incluso comadronas fieles al parto medicalizado reconocían: «La analgesia epidural nos ha venido bien en la dilatación, y mal en el expulsivo». Al suprimirles el dolor también se les suprime la movilidad; mientras dilatan, las mujeres permanecen tendidas sobre las camas, con el monitor bien fijado al vientre, sin alterar la tranquilidad de las otras habitaciones y del personal sanitario. En cambio, durante la fase expulsiva, la insensibilidad de unas piernas incapaces de servir de apoyo a la potencia de los pujos y de conducir estos de manera eficaz hace que, con frecuencia, la mujer no pueda ayudar a su bebé a salir al mundo exterior. En estos casos, hay que recurrir a las ventosas o los fórceps, cuando no a una cesárea, que vienen a sustituir la fuerza de la gravedad y el impulso de la masa muscular de las extremidades inferiores.

La literatura científica refleja de forma unánime que el empleo de analgesia epidural durante el parto puede tener efectos secundarios que interfieran en el desarrollo normal de este. Por tanto, se la considera un factor de riesgo para que aparezca fiebre en la madre a lo largo del proceso del nacimiento de su hijo, en una proporción ocho veces superior a la que existiría sin epidural. Hasta el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, imbuido de la concepción del parto como enfermedad en uno de los países con el nacimiento más medicalizado e intervencionista del mundo, confiesa, en su boletín técnico, que la presencia de fiebre en mujeres con epidural es como mínimo del cuádruple con respecto a los partos naturales. Asimismo, en una revisión muy reciente de la Cochrane se señala dicho aumento de casos de fiebre y de partos

instrumentales con la mencionada analgesia. Afirmación esta que refrenda a su vez la SEGO.

En un estudio realizado sobre esta materia, durante ocho años, por el doctor Aceituno junto al equipo de asistencia al parto del Hospital La Inmaculada, de Huércal-Overa (Almería), se demuestra que la aplicación de analgesia epidural en las gestantes de ese centro sanitario fue un factor que predispuso a «la realización de partos instrumentales y cesáreas», además de elevar considerablemente las posibilidades de que la mujer tuviera fiebre durante el proceso del alumbramiento. De los 10.115 casos objeto de estudio, la posibilidad de tener que emplear ventosas o fórceps en las madres con analgesia epidural se multiplicó casi por tres. Y esto no supone en absoluto una fruslería, porque los partos instrumentales aumentan la morbilidad materna, esas secuelas físicas y emocionales ya expuestas en anteriores apartados. Respecto a la fiebre materna, su presencia implica la administración de antibióticos y que, por ende, al recién nacido se le practiquen una serie de pruebas complementarias. Lo que, a su vez, repercute en el tiempo de contacto piel con piel, en la creación de los vínculos afectivos entre la madre y su bebé, y en la posterior facilidad para la lactancia natural.

Por los efectos secundarios de su empleo en un parto sin complicaciones, la OMS incluye «el control del dolor con epidural» entre «las prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente». Esta organización apuesta por aliviar el dolor durante la dilatación con métodos no farmacológicos, como las técnicas de relax o los masajes. Sin embargo, para el Sistema Nacional de Salud, el derecho de la mujer a recibir esta analgesia prima sobre los riesgos y consecuencias negativas que su uso conlleva. Algo que se hace evidente en el estudio comparado de las distintas comunidades autónomas. Andalucía, por ejemplo, señala entre los «objetivos de calidad» del Servicio Andaluz de Salud (SAS) la aplicación de un 40 % de epidurales durante el trabajo de parto. Pero no se analiza, en cambio, el nivel de bienestar de la usuaria y de su bebé, el grado de satisfacción o de analgesia empleado, o si el nacimiento se ha producido a través de un parto vaginal sin problemas. De lo que parece colegirse que el parto indoloro con analgesia epidural, por sí mismo, es considerado un «objetivo» a perseguir. Y lo que es peor, a cumplir por parte de los centros hospitalarios. En 2008, la bajada de esta tasa del 40 %, así como la incorporación de los parámetros descritos (grado de analgesia, y de bienestar de madre y bebé…) fueron discutidos, sin éxito, por la administración sanitaria y por

asociaciones de profesionales de la asistencia al parto proclives a un nacimiento más humano. Tampoco fue aceptada la posibilidad de ofrecer a la mujer la alternativa del óxido nitroso, mal llamado gas de la risa, y cuyo empleo en partos es ya común en el norte de Europa, así como en Holanda y Gran Bretaña. Sus ventajas frente a la epidural son muchas, pero hay dos fundamentales: permite que la mujer se lo administre como guste y cuantas veces quiera, y que además esta pueda moverse libremente. Desde estos grupos de matronas y obstetras que apuestan por un parto menos intervenido se atribuye tal rechazo del óxido nitroso justo a esa libertad de postura y de movimiento que garantiza.

Las mujeres son advertidas de las posibles consecuencias de la epidural en un documento, el consentimiento informado, que se les ofrece en la consulta de preanestesia. Aunque a muchas de las mujeres que han contado su historia para estas páginas se les entregó momentos antes de canalizarles una vía en la espalda. No es de extrañar entonces que, agotadas por la postura mantenida durante horas y por la potencia continua de las contracciones fruto de la oxitocina en vena, la inmensa mayoría lo firme casi sin leerlo o tras ojearlo de forma somera, sin hacerse una idea clara de lo que puede acontecer después de que les sea administrada la epidural. Es decir, la aplicación de la citada analgesia es vivida por la mujer como un recurso salvífico dentro de la situación previa de sometimiento al protocolo hospitalario, como una condición sine qua non para poder afrontar el resto del trabajo de parto. Trinidad lo describe de un modo expeditivo:

Yo quería un parto natural, y acabé con una vía abierta en un brazo para la oxitocina, otra en la espalda para la epidural y una nueva en el brazo restante para los antibióticos, una vez que empecé a tener fiebre. Todo esto, claro está, echada boca arriba en la cama, con el monitor fetal conectado a mi vientre. Y lo cierto es que no puedo quejarme del trato que me dieron porque todo el personal fue encantador, aun teniendo en su poder mi plan de parto. Me comunicaron cada práctica que me tenían que realizar, y la cascada de intervenciones llegó casi sin enterarme. Primero fue ingresarme con un centímetro de dilatación porque creían que estaba rota la bolsa (doce horas después se dieron cuenta de que no, y la rompieron), luego llegó la postura en decúbito supino para la monitorización (continua por la bolsa rota). A la hora, había dilatado un centímetro, pero el dolor me quebraba los riñones. Esperamos un rato y, cuando ya no aguantaba más, me pusieron la epidural. Estuve toda la noche con ella y con oxitocina, pues las contracciones estaban estancadas. A las once de la mañana, el tocólogo

comprobó que la bolsa no estaba rota, y la rompió para acelerar el parto. Había meconio, pero no sufrimiento fetal (el registro del monitor era perfecto). Así que, con ocho centímetros, me llevaron al paritorio. Como por mi profesión, conozco la fisiología de mi cuerpo, cuando notaba el útero duro (pues no sentía de otro modo las contracciones), empujaba intentando visualizar los músculos que tenían que entrar en juego, aunque no pudiera dominarlos ni saber si estaba canalizando bien la fuerza de los pujos. Debió de dar resultado porque el matrón no paraba de repetir que era la primera mujer que veía, con epidural, con ese dominio del cuerpo.

Firmé el consentimiento informado, sí, y hubiera firmado cualquier otro papel que me dieran. Cuando llevas tanto rato tumbada, sin poder moverte, con el latido del corazón de tu hijo metido en los tímpanos, angustiada por lo que significará ese sonido que parece más bajo o más alto por momentos y rota por los dolores en la zona lumbar, el alivio de este dolor se convierte en lo prioritario. No estás para efectos secundarios ni para la lectura de letras minúsculas.

De las mujeres entrevistadas para este libro que habían recibido analgesia epidural en sus partos, ninguna recordaba algo de lo escrito en el documento rubricado con su firma, por mínimo que fuera. Dos incluso le achacaban la ictericia con la que nacieron sus bebés a la citada analgesia porque creían «haber leído algo así en el texto». La ictericia probablemente procedía del empleo de oxitocina sintética, pero nadie les aclaró este punto. Se limitaron a comentarles que «para nada había relación alguna» y que, si ya lo habían leído cuando tuvieron oportunidad, a qué venía ahora darle más vueltas al asunto. «A ti te ha quitado el dolor, ¿no? Pues ya está». Este «ya está» es sumamente significativo porque es cierto que para un buen número de madres el dolor es uno de los dos grandes temores a dominar en el parto, junto con el de la salud de su bebé. Como no pueden controlar el miedo a sentirlo, deciden mantener a raya el dolor haciendo que el reflejo físico de este desaparezca. A menudo, este miedo es tan fuerte, tan acaparador, que se asienta entre las preocupaciones de la mujer mucho antes de que llegue el parto. Durante el embarazo, la futura madre vive con angustia cómo será ese dolor, cuándo empezará y en qué momento le concederán la dicha de deshacerse de él. La preparación maternal al uso, y no pocas revistas para mamás, redoblan ese temor mostrándole a la embarazada, como naturales y obligadas por su bien y por el de su bebé, las intervenciones a las que será sometida durante el doloroso trance del parto. Así pues, pedir la analgesia epidural es para ellas más que una mera idea previa, un convencimiento afianzado por los

expertos. Tal predisposición estaba ya en cada una de las mujeres que me acompañaban en la primera clase de educación maternal, al menos así lo manifestaron. Al presentarse, una de ellas la expuso con rotundidad: «Me llamo Victoria. Me da pánico el parto. Obviamente, pediré la epidural en cuanto vea un letrero que diga “hospital”. Es un derecho que tengo y lo voy a ejercer. ¡Hoy la pediría hasta la Virgen!».

El dolor de un alumbramiento que progresa de manera fisiológica es muy diferente al de un parto intervenido. No obstante, la concepción del nacimiento como patología y de la mujer como enferma tiende a identificar ambos dolores, a creer que son el mismo dolor. A diferencia del parto medicalizado, en el natural entran en juego las endorfinas, hormonas del disfrute y baluarte del establecimiento del vínculo madre-hijo. Por eso en el alumbramiento que se deja discurrir libremente hay dolor pero también placer, sensualidad, éxtasis de la carne y de las emociones. La oxitocina natural y las endorfinas se encargan de ello, mantienen a la madre en una suerte de alegría irreductible. La mujer se halla en otra esfera, más allá de lo físico. Vuelta hacia sí misma, enfrascada en el acontecimiento más apasionante de su vida, sorprende la intensidad de sus energías a cualquier persona que la acompañe en esos momentos. Esto puede sentirse sobre todo al final del período expulsivo, cuando la mamá segrega la mayor cantidad de endorfinas de toda su vivencia sexual, pues su organismo la prepara para la impronta, el lazo amoroso con su bebé. Una mujer que da a luz sin que estas hormonas sean inhibidas por la analgesia epidural podría correr abrazada a su hijo sin notar agotamiento alguno, como una fiera que en ningún otro momento será tan salvaje como recién parida.

El nacimiento indoloro, con analgesia epidural, supone el fracaso de un sistema hospitalario de atención al parto que es incapaz de ofrecerle a la mujer un entorno de confianza y respeto por su poder de hembra mamífera. «El método más eficaz para el control del dolor» es el broche con el que la obstetricia medicalizada cierra sobre esta un collar a modo de regalo, cuyas cuentas son intervenciones en cadena que solo la costumbre ve como necesarias. En contra de la evidencia científica, la mujer es despojada de su parto al considerar que la tecnología se encuentra por encima de la naturaleza, aunque se trate de un proceso que solo le incumba a esta última. De protagonista, la mujer pasa a ser la televidente de un documental sobre su propio parto. Observa lo que acontece dentro de ella desde fuera, sin conectarse con su sabiduría

interior. De este modo, sus nervios permanecen dormidos como también lo hace su instinto. Y eso pese a que muchas mujeres, concienzudamente adoctrinadas, entiendan que olvidándose de su fisiología, relegándola en beneficio de la ginecología mecanicista, desempeñan un papel principal en su alumbramiento. Así lo manifestaba hace pocos meses una actriz española en un periódico de tirada nacional: «Creo que pediré la epidural. Mis amigas dicen que es maravilloso ser espectadora y protagonista de tu parto. Sin ella, solo piensas en el dolor». ¿La epidural quita el dolor, ese que se apodera en exclusiva del pensamiento femenino cuando se está pariendo, como sugiere esta mujer? Me refiero al dolor profundo ante la separación del hijo, ante su nueva imagen, la de madre, en la que ella misma se encuentra irreconocible. ¿Este dolor desaparece con la analgesia o solo cambia de forma?

Estamos tan preocupadas por lo físico que no nos preguntamos cuál es la procedencia de ese dolor, a dónde se va cuando es ocultado. Porque el dolor no desaparece sin más, quizá sí su dimensión a ras de superficie, pero más allá de la piel dormida, de los nervios insensibilizados, de los músculos que parecen haber emigrado a otras tierras, ese dolor se mantiene en silencio para golpear después con más fuerza, justo en nuestro momento más vulnerable, los días y las semanas posteriores al nacimiento. El permiso para que este dolor se acalle y con él nuestros ritmos internos a lo largo del parto significa atravesar este sin rompimiento alguno. Porque cerrar los ojos ante un espejo no quiere decir que nuestra imagen sobre él se desvanezca. Nuestra imagen sigue ahí y también el espejo, aguardándonos.

En un parto que se desarrolla por sí mismo, hay ruptura emocional y física, pero también hay placer y felicidad extrema porque hemos dado vida a un ser independiente que necesita de nosotras como de ninguna otra persona en el mundo. En ningún otro momento de nuestro ciclo vital seremos tan lúcidas, tan conscientes de nuestra cualidad salvaje para aceptar la pérdida de identidad con gusto. Es una decisión de la que solo puede salir indemne una mujer adulta que vive su parto desde la desestructuración personal para nacer de nuevo, a la par que su bebé. En la medida en que atravesemos este camino desde nuestra fuerza interior, siendo capaces de desarmarnos y armarnos nuevamente, dispondremos de herramientas emocionales para vivir, superándolas, otras situaciones de nuestra vida.

El orgasmo del nacimiento

Es hora de que se aborde la recuperación de la maternidad, no como esclavitud ni como carga ni como enfermedad, sino como una opción gozosa del desarrollo de nuestra sexualidad y de nuestras vidas.

Acerca de experimentar sensaciones de placer erótico e incluso orgásmicas en el parto, una experta en sexo postulaba, en un programa de televisión, como respuesta a una espectadora: «Hay gente muy rara, pero no lo creo. Una mujer dando a luz está en otras cosas, con dolores, no está para eso». Una mujer sumergida en el dolor de un alumbramiento no tiene cuerpo para sentir el placer de dar vida. Si hay dolor (y el parto medicalizado se ha encargado de que así sea), no hay placer. Cuánto les ha costado a los hombres hacernos pensar así a las mujeres, cuántos siglos de sexualidad falocéntrica han sido necesarios para que las mujeres releguemos a la desmemoria, al olvido, el disfrute inabarcable de vivir el parto y la maternidad como episodios de nuestra vida sexual, quizá los más trascendentales y gloriosos. Hablar del placer de parir parece una excentricidad de «gente muy rara» porque es tan real como difícil para una mujer socializada dentro de una concepción de lo sexual eminentemente masculina, que la transforma en una paciente sujeta al control de los médicos y de la técnica justo cuando se halla en la vivencia más cercana a sus instintos primarios, en esencia ingobernables.

En las sociedades occidentales, el parto ha dejado de ser entendido como un eslabón de la cadena sexual de la mujer. Lo cual es terrible, pues su fisiología está planteada para conducirse con el impulso de la emoción erótica. Ahora bien, concebir el parto como un acto sexual supone aproximarse a una sexualidad femenina diferente de la establecida. Juan Merelo-Barberá sostiene que el núcleo del sistema erógeno femenino no es el clítoris, sino el útero. Con sus latidos, se despliegan oleadas de placer por el resto del organismo cada vez que una mujer se excita sexualmente. Sin embargo, el útero está vertebrado por haces de fibras musculares y los músculos que no se ejercitan, se anquilosan y pierden su elasticidad. «La maternidad robotizada», como la denomina Casilda Rodrigáñez, impuesta en el parto hospitalario, pervive manteniendo ese agarrotamiento muscular. La mujer, desconectada de su cuerpo, inhibida la producción natural de oxitocina y endorfinas, rodeada de personas extrañas y adoctrinada en el miedo al dolor, no puede abrirse y entregarse así a los movimientos rítmicos del útero, a sus latidos o contracciones. En esta situación, el sistema mecanicista de

atención al parto tiene que recurrir a la administración de una variante sintética de la hormona del amor (oxitocina) para que el cuello uterino se abra. Es decir, para forzar el proceso del nacimiento, la medicina ha de fabricar e inyectar a la mujer una sustancia artificial que ella misma generaría (mejorada y sin efectos adversos) con la excitación sexual, si se la rodeara de las condiciones idóneas. Una sustancia de laboratorio que propulsa al útero a contraerse de manera espasmódica y violenta, lo que junto al temor, al trato hospitalario, al estrés y a las demás prácticas de rutina logra producir dolor en la embarazada. Dicha sensación dolorosa se opone a la propia biología del cuerpo humano, una de cuyas reglas fundamentales es que, en condiciones normales de salud, ningún proceso fisiológico duele al seguir su curso natural. Dormir cuando se siente sueño no duele, no molesta; comer cuando se tiene hambre tampoco. ¿Por qué al parir el organismo iba a optar por ir en contra de sí mismo?

Los partos sin dolor y con placer existen. Ya los recogían en sus escritos antropológicos Montaigne o el propio Bartolomé de las Casas. Y no hace falta remontarse a siglos atrás porque, fuera de Occidente, aún quedan lugares donde el parto y la maternidad son vividos con plenitud como parte de la vida sexual de una mujer. La investigadora Casilda Rodrigáñez ha estudiado el comportamiento ante la maternidad de las mujeres de la India, que visualizan los pétalos de la flor de loto abriéndose suavemente, sin tensión, para abrirse también ellas al goce de dar vida. O el de las embarazadas de algunas zonas de Arabia Saudí, donde se baila la danza del vientre alrededor de la parturienta instándola con esos movimientos ondulantes a entregarse al oleaje de los latidos de su útero, que palpita como un corazón inferior. Asimismo, en nuestra cultura, las mujeres de la Europa Nórdica o de algunas partes de Centro Europa viven sus partos como un acontecer fisiológico en el que se deja hacer a la sabiduría del cuerpo programado para abrirse a fin de permitir el paso de un bebé hacia el mundo exterior. De igual modo, incluso en Latinoamérica, con una asistencia al nacimiento aún más medicalizada que la española, podemos encontrar países donde estos partos conviven con los de sectores de población que se han mantenido al margen de sus postulados y creencias. En Cuba, por ejemplo, ha sido posible observar durante años formas de parir completamente opuestas. Por un lado, las mujeres de ascendencia española (más influidas por la cultura estadounidense de medicalización de la vida en su conjunto, y más en concreto del embarazo, parto y puerperio) parían con dificultad fruto de las

normas de sometimiento impuestas por las clínicas. En cambio, las mujeres indígenas, negras o mulatas, y las rusas, alemanas o checas (muchas de ellas, en la isla en misión diplomática) parían con facilidad y entusiasmo. Parir no era para ellas un sacrificio, ni un castigo divino, ni un doloroso trabajo de padecer y sufrimiento; era un privilegio, un regalo inconmensurable de la naturaleza.

Sobre su experiencia cubana, y también española en la casa de partos Migjorn, confiesa la doctora Monserrat Catalán: «La satisfacción tras esos partos placenteros o regalados es una experiencia extraordinaria». En ellos, «la sensación de pujo sorprende a la mujer que no necesita pensar en él, ni provocarlo, ni reforzarlo, ni que nadie se lo insinúe, y mucho menos que se lo dirijan». También hay una gran satisfacción después de partos más trabajados o difíciles, si las mujeres se implican conscientemente en la voluntad de traer a sus hijos al mundo sin intervenciones innecesarias. Las siguientes son anotaciones sobre sus partos que algunas mujeres compartieron con Catalán. Todas ellas aparecen recogidas en su estudio *El placer y el dolor en el parto*:

Sentí verdadero placer y satisfacción. Mi vulva contenía el mundo, un mundo enorme y redondo. Mi vulva tenía todo el poder, acariciaba aquella cabecita. Era una sensación de gran intensidad, de poder, de apertura, de contención. Sentía quemazón, pero no tenía miedo, sabía que mi vagina estaba diseñada para dejar pasar aquella preciosa cabeza.

Mi dilatación espontánea a lo largo de los días confirmaba mi creencia de que el parto sería muy bueno, sin dolor. Siempre que me había imaginado el parto lo sentía como algo placentero, visualizaba al bebé saliendo de mí, en el agua, nadando dulcemente, como si nada, y yo le estaría esperando como la cosa más natural del mundo.

Desde pequeña, he creído que los partos no son tan dolorosos como se dice. Mi madre me decía que en las películas exageraban mucho, que no es verdad que las mujeres sufran, sino que están muy contentas por la alegría de ver a su hijo. Yo la creí.

A una mujer que va a parir le diría que se encuentra en una situación, para mí, envidiable, que lo disfrute al máximo porque luego da mucho gusto recordarlo.

Ahora lo que me queda de todo aquello sobre todo es la intensidad, la concentración que requería, era un trabajo en el sentido más literal y físico de la palabra y el dolor que acompañaba era el que podíamos asociar a un esfuerzo grande, como transportar piedras pesadas durante mucho rato. Finalmente, la sensación a la vez de empujar era de

necesidad imparable, mezclada con un poco de miedo y un cierto dolor pero lo sentía fundamentalmente cuando paraba de empujar, por el esfuerzo físico que implicaba en las nalgas y en las piernas más que por el hecho en sí de las contracciones.

El dolor es algo muy subjetivo. Cada mujer lo vive de manera diferente. No es algo aislado, por eso la percepción que tenemos de él cambia según las circunstancias que lo acompañan y de los recursos que se tengan para afrontarlo. Cuando no tengo miedo y conozco lo que está sucediendo, tengo cierto control sobre la situación. Si me siento acompañada y sostenida desde el punto de vista emocional, el dolor es solo algo físico relativamente fácil de soportar.

En mi parto tuve mucho dolor de espalda. Era un dolor fuerte, pero no continuo. Venía con cada contracción y se aliviaba con la postura. Era un dolor punzante que no me permitía estar sentada. Al cabo de un tiempo, fui acostumbrándome al ritmo y me imaginaba como una puerta que se va abriendo. Poco a poco fui entrando en un estado donde el tiempo y el espacio no existían, como un lugar fuera del mundo del que solo recuerdo vagas impresiones. Durante el expulsivo, el dolor se aliviaba durante el pujo. Sentía un gran cansancio y llegó un momento en que pensé que no podría aguantar más. Cuando Joel nació, sentí una inmensa sensación de poder, como si tuviera toda la fuerza del universo, como si fuera capaz de hacer cualquier cosa. Una satisfacción muy grande por lo que había sido capaz de hacer. No sé si sentí placer, pero la intensidad de las sensaciones fue como un orgasmo.

Mi primer parto tuvo lugar en un hospital de la sanidad pública. Provocaron el parto con oxitocina en la semana 41 + 1 por una cuestión de protocolo. El dolor de este parto existió desde el primer momento. La epidural solo consiguió adormecer un trocito de mi barriga y me produjo una tremenda lumbalgia con la que conviví mucho tiempo después del parto. Finalmente, me practicaron una cesárea. El trato que recibí fue doloroso, triste e inhumano. […] Yo estaba perfectamente adiestrada para soportar lo que estaba sucediendo, era lo que me habían mostrado que sucedería.

Para mi segundo parto, mi proyecto era parir en una clínica de parto natural. El preparto, que duró tres días, me traía contracciones que yo percibí como dolorosas. Sentía una gran emoción al experimentarlas porque las cosas funcionaban como tenían que funcionar. La cadena de contracciones dolorosas producía en mí alivio, por encontrarme en manos de la naturaleza, nada podía parar ese maravilloso proceso. Me infundía una tremenda sensación de poder. […] Curiosamente, no sentí miedo. No esperaba encontrar a nadie cargado de agresividad, ni un

bisturí ni una tijera para infundirme un dolor innecesario. La naturaleza no me traería un dolor que no pudiera soportar y no me obligaría a pasar por ningún dolor absolutamente «necesario». Puedo decir que lo que marcó la diferencia entre el dolor de un parto y otro fue el miedo. Miedo al dolor y al maltrato. El dolor era soportable pero además era deseable. […] Contemplaba mi dolor y acto seguido visualizaba a mi niña queriendo salir de mí. Fue placentera la sensación del líquido amniótico cayendo como un río entre mis piernas, recuerdo su olor y el placer que me produjo. En el momento en que tuve a mi hija encima de mí sentí el inmenso placer de su tacto, de su olor, de su presencia poderosísima. […] La naturaleza lo había hecho todo, pero yo había sido un buen instrumento para dejarla actuar.

El placer para mí es una sensación de bienestar físico y fue placer lo que sentí al salir la cabecita del bebé al exterior, como una explosión realmente maravillosa. También sientes una intensa satisfacción al ver que todo ha salido bien, que el bebé está bien y que te desprendes de la placenta, con cierto placer, sintiéndola caliente, suave y blandita, es casi como un masaje para tu vulva.

Estoy completamente segura de que la falta de conocimiento, la prohibición de que nos expresemos y disfrutemos de nuestra sexualidad desde pequeñas nos impide disfrutar del parto, del sexo, de cantar, de bailar, de reír y, entre otras muchas cosas, de llorar. Siempre se nos ha prohibido todo lo que no sea «bien visto» y, sobre todo, lo que tenga que ver con tus órganos reproductores, esa cosa que «es tan fea y que no se toca».

En mi parto, me lo pasé muy bien. De hecho, siempre que hablamos de nuestro parto con la gente Albert dice que «yo tenía cara de estar disfrutando». Y la verdad es que sí. Cuando estaba dentro de la bañera (en el período de dilatación) y me dejaba llevar, moviéndome dentro del agua, me sentía fenomenal. Le doy la razón a la gente que dice que el parto es un acto sexual, puesto que lo que sentí durante el parto se asemejó mucho al placer que se siente (o al menos, yo siento) en una relación sexual.

El camino hasta llegar al clímax está lleno de sensaciones diversas, pleno de altibajos, pleno de momentos intensos y momentos más relajantes… El clímax, en el caso del parto, para mí sería el momento de la expulsión.

A su vez, para *Adiós cigüeña*, muchas mujeres me contaban (algunas incluso avergonzadas por lo experimentado) que, en sus

partos naturales (la mayoría en casa y en casas de parto; muy pocos en centros hospitalarios), habían sentido «sensaciones tan intensas y perdurables como las de un orgasmo», que el cuerpo actuaba, «vaciado de toda razón y gobernabilidad», y las mecía, las abrazaba, las engullía; bailaba sin importarle nada más que su vida y la vida a la que le permitía abrirse paso. Esa danza «sinuosa» en la que una pelvis abandonada al disfrute de un momento único dibuja círculos está presente en gran parte de estas narraciones. Como también lo están «la calidez del líquido amniótico deslizándose entre los glúteos», «la placenta rozando levemente la vulva, húmeda, tibia, roja como el fuego; electrizante», la cabecita del bebé apareciendo «por una vagina ardiente», «las palpitaciones placenteras del útero y su eco en la vulva», de igual forma que en la excitación amorosa o «un útero que late como si tuviera una vida propia a la que ese día me hubiera permitido acercarme». «Desconocía ese poder mío para entregarme al placer y a mi instinto más sexual», «tantas veces me había reprimido durante mis relaciones sexuales, que abracé a mi hijo, nada más nacer, roja como un tomate por haber experimentado a lo largo de su nacimiento un placer increíble, lleno de sensaciones desconocidas hasta entonces para mí. Fui al parto a entregarme a esa experiencia y el parto me reconcilió con mi naturaleza femenina, con lo que en realidad yo era sin saberlo», explican las más afortunadas, sorprendidas aún por haber hallado sensaciones de intenso placer e incluso el clímax sexual en la vivencia del nacimiento de su hijo.

Lo que no se nombra, no existe. Nadie les habla a las mujeres del placer en el parto, y por eso ellas no esperan encontrarlo. Se sobresaltan viviéndolo hasta culpables por sentir en su cuerpo lo que este está destinado a sentir por naturaleza. Mezclar placer sexual y maternidad, identificar uno con otro está mal visto porque lo que se espera de una buena madre es que sufra dolor como parte de su sacrificio y que lo tape más tarde con analgésicos, se espera que transite por su parto sin permitirse la entrega al increíble caudal de sensaciones diferentes del que su cuerpo entero, su piel y sus sentidos son capaces de proporcionarle. No obstante, la actividad de la mujer durante el parto forma parte de su esfera sexual. Por eso, para abandonarse a ese proceso, la mujer necesita intimidad, silencio, amor y respeto; requerimientos idénticos a los del pleno disfrute de la pasión. Sheila Kitzinger lo expresa de manera afortunada: «Dar a luz es un íntimo acto de amor, y el lugar adecuado para hacerlo es un lugar donde uno podría hacer el amor». Pero ¿cómo calibrar el amor? ¿Cómo medir el placer?

Aunque la ciencia hoy día pueda cuantificar la intensidad de los orgasmos, no puede en cambio baremar la satisfacción o el placer. El placer no se puede pesar ni medir, ni sujetar a parámetros y escalas. La fuerza de las sensaciones placenteras solo se puede vivir. Y que alguien no pueda sentirla no quiere decir que no exista.

La medicina convencida del parto uniforme y peligroso, como enfermedad que cursa con dolor, reprime la auténtica sexualidad de la mujer como desde la infancia lo ha hecho la cultura masculina dominante, que niega la existencia de nuestra libido, impulsada por el latido del vientre, para educar luego el movimiento del cuerpo a fin de mantener quietos, paralizados, los músculos del útero y de la pelvis. Con sorpresa, muchas mujeres se maravillan de tener relaciones sexuales sumamente gozosas después de haber ejercitado estas fibras musculares. En la educación maternal, pocas veces se enseñan de forma correcta los ejercicios de Kegel (contracción y distensión de la vagina, y del periné en su conjunto). Lo común es instruir a la mujer para que los practique mientras orina (lo cual es de todo punto contraproducente para la vejiga y la uretra), en lugar de aconsejarla que los ponga en suerte al abandonarse al deseo. Dentro de la asistencia convencional al nacimiento, parir es habitualmente identificado con la micción y más aún con la defecación, «empuja como si fueras a hacer caca», se recomienda una vez tras otra en los paritorios; nunca con el impulso sexual. Jamás se le insinúa a una parturienta: «Entrégate a los movimientos de tu cuerpo como si estuvieras haciendo el amor». ¡Qué sociedad esta que prefiere mezclar maternidad y escatología antes de reconocer que con quien de verdad va de la mano la primera es con la sexualidad más honda y desconocida de la mujer!

Acerca del placer vivido en el parto han investigado obstetras y estudiosos de la sexualidad femenina. El médico británico Grantley Dick Read, gran conocedor de la biología del cuerpo humano, constató que, en condiciones saludables (las normales), los procesos fisiológicos no se desarrollan con dolor, y el parto es un proceso fisiológico. ¿De dónde viene entonces el dolor, si es que lo hay? Para Read, el dolor es un sistema de defensa. El miedo y la tensión del parto hospitalario, unidos a las intervenciones de rutina previstas en los protocolos médicos de actuación, mantienen activo el sistema nervioso simpático (puesto en marcha en estado de estrés), que impide la distensión de los músculos uterinos. Su consecuencia es el movimiento espasmódico del útero, considerado por Read una «disfunción de la fisiología normal» del parto, que tiende a la relajación de la mujer y a la secreción natural de

oxitocina, al quedar el sistema parasimpático desactivado. Esto es, el miedo mantiene tenso el útero de forma violenta, sin contracciones suaves. Por definición, el miedo se opone a la vivencia satisfactoria de la sexualidad y, dentro de esta, muy especialmente al disfrute de parir con todos los sentidos, sin la resistencia de las conexiones neuronales de alerta. Cuestión esta en la que incide Frédérick Leboyer cuando describe los dos posibles tipos de contracciones en un parto: las que desembocan en dolores horribles (parto como patología) y las que producen placer (nacimiento fisiológico o «normal»).

Las ondulaciones del útero mueven el mundo, son el vértice desde el cual el placer amoroso se expande por toda la estructura erógena de la mujer. La sexóloga francesa Maryse Choisy llega incluso a sentenciar que, de los diferentes orgasmos femeninos, el que nace en el cuello del útero es el más amplio, intenso, profundo y prolongado pues logra envolver todo el cuerpo. Como ella, investigadores del orden de Serrano Vicens, Merelo-Barberá, Kinsey, Masters y Johnson han constatado que los orgasmos uterinos del parto no son una rareza sino un presente muy común que la naturaleza regala a la mujer. Asimismo, en *El Informe Hite*, algunas entrevistadas se refieren al nacimiento de sus bebés como al mayor orgasmo de sus vidas. Por qué entonces se han mantenido ocultos durante años los nexos entre el parto y el gozo sexual. Por qué se ha hecho referencia a los estudios mencionados solo desde el punto de vista de la libido femenina no afectada por el alumbramiento y la lactancia. Hasta tal punto se ha querido reprimir la sexualidad más auténtica y primaria de la mujer, su esencia animal, por los dictados sociales imperantes (masculinos, por descontado), que el estudio de Merelo-Barberá sobre la relación entre el orgasmo y el parto fue silenciado; proscrito. Y Serrano Vicens, defenestrado por sus propios compañeros de profesión.

Treinta años después, sexólogos estadounidenses han reunido en un DVD, *Nacimiento orgásmico*, las experiencias filmadas de mujeres que al dar a luz encuentran el clímax erótico. En ellas, se demuestra que en los partos naturales la producción de oxitocina en grandes proporciones, el vaivén ondulante del útero y la estimulación que la cabeza del bebé ejerce en su bajada, y posterior ascenso y salida por el canal vaginal pueden convertir el nacimiento de un hijo en una de las vivencias más gozosas de la vida sexual de una mujer. Si se la rodea de las condiciones óptimas. Si se permite también ella sentir con el cuerpo entero sin miedos y tabúes. Esto es a lo que exhorta Casilda Rodrigáñez cuando sugiere que ha de terminar ya la «falta

de reacción», de las mujeres en general y de las científicas en particular, ante el velo desplegado sobre este acontecimiento deslumbrante y mamífero de la sexualidad femenina. Acerca de esto, escribe: «Es hora de que se aborde la recuperación de la maternidad, no como esclavitud ni como carga ni como enfermedad, sino como una opción gozosa del desarrollo de nuestra sexualidad y de nuestras vidas».

A pesar de todo, incluso aunque en su parto sea sometida a los bloqueos fisiológicos impuestos por la asistencia a un nacimiento concebido como patología, la mujer tiene aún la posibilidad de gozar de la vivencia erótica de la maternidad en las horas siguientes al parto. A lo largo de ellas, se producen las mayores descargas de oxitocina y endorfinas (como hemos visto, hormonas del placer y del apego) de toda su vida sexual. «¡Que nadie despierte a la madre en esas primeras horas después del parto!», sentencia Michel Odent. Que nadie se atreva a sacarla de ese embelesamiento mágico de tener al recién nacido cuerpo a cuerpo y piel con piel. La endorfina (perteneciente a la familia de los opiáceos) hace que la gente demuestre afecto y preocupación por otras personas. Por esta razón, «los primeros sentimientos recíprocos de la madre y el bebé inmediatamente después del nacimiento son tan impactantes para la creación del vínculo maternofilial. La madre y el hijo siempre añorarán y ambicionarán este sentimiento de euforia».

Como vemos, el encuentro con su bebé puede conectar de nuevo a la mujer con su instinto natural de madre. Con él, es posible que las sensaciones erógenas inhibidas en el parto por la medicina se desaten y que el vínculo entre mamá y bebé fluya, tibio, denso, como la leche de los pechos maternos. Sin embargo, nada se explica en la educación prenatal sobre ello, como tampoco se hace mención alguna de semejante poder de atracción libidinal entre madre e hijo en los manuales al uso sobre embarazo, parto y puerperio. Por lo que se ve, les dedican bastantes páginas al dolor del parto, a la analgesia epidural (para paliarlo) y al dolor de los puntos (episiotomía) en el postparto, y no les quedan unas pocas líneas para referirse al placer. Sea como fuere, la madre y el recién nacido tienden a olerse, a chuparse, a reconocerse para que el uno sea conducido al otro, y viceversa, aunque mencionarlo siquiera en una sociedad que pretende ocultar nuestra naturaleza animal y mamífera se antoje descabellado. Este modo de rehuir el instinto es solo una forma más de negar la relación indisoluble entre parto y disfrute sexual y, más aún, entre lactancia y sexualidad femenina. Cómo va a sentirse atraído un bebé por su madre o una madre por

su hijo desde el punto de vista de la libido, se argumenta frente a la evidencia de que estamos destinados a ello por naturaleza a fin de preservar la vida. Para a continuación pasar a enlazar semejante comportamiento con el complejo de Edipo; es decir, con una patología. De nuevo, se encuentra la madre con la concepción de su estado como enfermedad, de la que hay que curarla. Se la cura, claro está, separándola de su bebé recién nacido y ofreciéndole a este biberones y chupetes, con tetinas de plástico, que no huelen a su madre ni saben a su madre tampoco.

Si cambiáramos la manera de parir y de amamantar, cambiaríamos también el modo de sentir la vida y el placer en ella. Porque cuando se da de mamar a un hijo, el vello se eriza y el cuerpo entero lo recorre una placentera y suave descarga eléctrica. Nada puede compararse a la experiencia de vivir en primera persona la fuerza con la que ambas pieles se reclaman. El bebé succiona con la boca, pero también con los ojos, con las manos, con el torso, con la espalda, con los pies y las piernas, porque ese calor natural de la madre y el contacto con ella cuerpo a cuerpo es indispensable para él psíquica y orgánicamente, ya que de esta proximidad con la mamá se benefician sus sinapsis neuronales, el sistema inmunológico y hasta la coordinación muscular. ¿Si las madres supieran de sus ventajas y de lo gratificante de tener a su bebé entre los pechos renunciarían tan fácilmente a la lactancia natural en nombre de unos postulados mecánicos que atentan contra la naturaleza?

Durante la lactancia, la libido de la madre se orienta hacia el bebé, como señala Michel Odent, porque el bebé obtiene de ello un bienestar múltiple y la madre un gozo inenarrable. Pero que una madre disfrute pariendo o amamantando se opone a la idea de la maternidad como sacrificio y como carga, como sufrimiento a sobrellevar. De ahí que, incluso en Internet, haya sitios donde se censure la imagen de una mujer dando el pecho por considerarla pornográfica. Lo pornográfico no es la fotografía de un recién nacido, o de un bebé de meses, o de un niño de dos o tres años chupando un pezón de su madre, lo pornográfico es el placer y la pulsión sexual que se intuye en ese gesto.

Cuando amamanto a mi hija en un lugar público, son los hombres quienes bajan la vista, azorados, o quienes miran hacia otra dirección, mientras que las mujeres tienden a observar con cierta curiosidad no exenta de complacencia. Siempre hay en sus rostros una sonrisa al ver cómo nos acariciamos Ruth y yo, en tanto ella mama de mis pechos. Pese a que no se permitan sentirlo o no

las hayan dejado hacerlo, ellas perciben que su naturaleza está llamada a esa situación de hermosa carnalidad, y no al biberón o al chupete, aunque sean «muy cómodos para que los bebés dejen de llorar o duerman por la noche de un tirón». ¿Es pornográfico un proceso fisiológico? No, si convenimos en desligarlo de su vertiente sexual. ¿Pero y si esa sexualidad básica y primal estalla delante de nosotros y nos impele a observarla y, por tanto, a reconocer su existencia? Entonces sí nos parecería pornográfica la imagen porque se saldría de la norma, de las ideas interiorizadas como «naturales». No sería «normal» que una mujer disfrutara sexualmente alimentando al bebé, puesto que de eso se trata únicamente para la sociedad patriarcal y para el nacimiento medicalizado, de dar de comer a un hijo, no de darle amor; de comunicarse con él.

CAPÍTULO CINCO

Hacia una nueva cultura del nacimiento

Planes de parto

Mírala. Venía con un Plan de parto y se va con una cesárea.

Algunos doctores, sobre todo del campo de la obstetricia, creen que los protocolos clínicos son de obligado cumplimiento por parte de los usuarios de la asistencia sanitaria, pero tal suposición no se ajusta a la verdad. Atendiendo a la Ley General de Sanidad, y a la Ley Básica Reguladora de Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica, cualquier intervención en el ámbito de la salud tiene que contar con el consentimiento de la persona afectada. Es decir, en el caso concreto de un parto, la mujer puede ejercer su derecho no solo a negarse a ser objeto de determinadas prácticas sino también a solicitar una asistencia conforme a sus deseos, en el supuesto de que se trate de un parto sin complicaciones y que no haya que recurrir a una solución de extrema urgencia.

Sin embargo, el día a día de los paritorios demuestra que o bien este derecho es obviado o bien se intenta convencer a la mujer para que acate una serie de intervenciones de rutina, alegando la supuesta responsabilidad médica si algo va mal. «El responsable de este parto soy yo», argumentan contrariados los ginecólogos o «si no se queda quieta sobre la cama, conectada de forma continua al monitor, no me responsabilizo de este parto». Lo cual nos lleva a la cuestión de quién es el auténtico responsable de un alumbramiento. En este sentido, parece lógico entender que la persona que tiene la responsabilidad sea aquella que responde, aquella que va a sufrir las consecuencias de las intervenciones médicas. La mujer. De hecho es ella quien es tendida e inmovilizada, es su vulva la que cortan y cosen, y es a ella a quien le canalizan vías para inyectarle oxitocina. La responsable es ella y ella, por tanto, quien determina qué parto quiere. Tanto es así que la renuncia a la asistencia establecida en el protocolo no significa que el médico pueda dar el alta obligatoria a la parturienta, siempre que existan alternativas. Pero cómo no van a existir. Las hemos expuesto a lo largo de este libro; las hay, y muchas, para el control del latido fetal, para la dilatación, para la postura a la hora de dar a luz… Sobre esto, confiesa una comadrona: «No conozco a ninguna mujer que haya pedido parir haciendo el pino puente», indignada ante la posición inmovilista de un sector de obstetras que considera «una niñería», «una moda», «un

pulso a la medicina» o «una interferencia intolerable en su trabajo» el deseo de una mujer de parir con el mínimo grado de intervención posible. «Las mujeres no piden estupideces», reflexiona esta partera. «Las que piden un parto humanizado son mujeres que se han preparado e informado a conciencia. Por eso lo que solicitan es lo que saben que es mejor para ellas y para sus bebés. No deberíamos señalarlas con el dedo por ello, o reprenderlas, o tratarlas de forma sarcástica, deberíamos darles un premio. Y este, desde luego, sería regalarles un parto íntimo, respetando su curso natural, sin perturbarlo».

Si hacemos caso a la *Estrategia de Atención al Parto Normal* del Ministerio de Sanidad, de reciente aparición, la posibilidad del parto fisiológico en los hospitales públicos habría de ser un hecho. Para ello tienen que ir adaptando sus instalaciones y preparándose el personal implicado en la asistencia perinatal. No obstante, este tipo de atención al parto de bajo riesgo es hoy en día un sueño irrealizable en gran parte de los centros hospitalarios de España, ya sea por la precariedad de las infraestructuras, por la formación medicalizada e intervencionista de médicos y comadronas o por la oposición de un buen número de obstetras. Y eso que a la SEGO hay que reconocerle el cambio positivo de algunos aspectos de sus nuevas *Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto*, en las que se refiere, entre otras pautas, a dar la opción de que las mujeres tomen líquidos durante el trabajo de parto, a una «atmósfera y escenario mejorables», a «intentar evitar el ingreso de aquellas gestantes» (a quienes llama también pacientes) que no tengan «una dilatación de tres a cuatro centímetros» o a que en las mujeres «que deseen un parto no intervenido podría obviarse la canalización de una vía venosa». Pero tal vez lo más novedoso del texto tenga que ver con la alusión a no practicar una episiotomía por rutina.

Mientras las clínicas se acondicionan, las personas encargadas de la atención perinatal se forman convenientemente y cambia la manera médica de entender el parto como enfermedad, la embarazada tendrá que decantarse por la única opción que le resta si desea un alumbramiento fisiológico (a no ser que vaya a parir a un centro que favorezca su desarrollo natural), hacer saber a ginecólogos y matronas qué nacimiento quiere para su bebé. Aquí es donde se antoja crucial la elaboración de un Plan de parto, que recoge la manifestación escrita de la voluntad de la embarazada. En él se detallan, por tanto, las preferencias de quien suscribe el texto a la hora de dar a luz. Lo recomendable sería enviar tres copias al hospital, antes del parto: una a Atención al Usuario, otra al Servicio

de Ginecología y Obstetricia, y una última al de neonatología. Pero a lo que se ve abocada la mujer las más de las veces es a llevarlo también consigo a la hora del ingreso.

Debido a su validez jurídica, los asistentes al nacimiento han de respetarlo. Lo que plantea una gran controversia porque, en la actualidad, los obstetras españoles lo contemplan con auténtico recelo, con pufffffs de órdago, «lo que hay que ver» o «aquí quien lleva la bata de médico soy yo». Por eso, cuando una mujer o una pareja mencionan que traen uno, suelen ponerse a la defensiva. Para ellos, su escritura constituye un ejercicio de intrusismo profesional, por entender que alguien (la mujer) que no está capacitado quiere ejercer como si lo estuviera. Lo cierto es que el Plan de parto supone el fracaso de un sistema que no tiene en cuenta la voluntad de la mujer a la hora de parir. Porque si los deseos de ella de moverse libremente y de parir en la posición que le demande el cuerpo, sin que se perturbe el proceso fisiológico del nacimiento, fueran respetados, el Plan de parto no tendría razón de ser. Es decir, sería absurdo que antes del ingreso la mujer encinta detallara por escrito el tipo de alumbramiento que iba a serle ofrecido luego en el hospital. Una mujer o una pareja lo redactan precisamente porque el modelo de asistencia que van a recibir en un centro sanitario al uso está asentado sobre bases medicalizadas e intervencionistas, para las que una embarazada es una paciente que ha de someterse a una serie de prácticas médicas protocolarias a fin de poder dar a luz. Así que desde el punto de vista legal es válido, pero desde la percepción obstétrica y del resto de profesionales de la asistencia al parto (matronas, enfermeros, auxiliares…) es un engorro, cuando no una afrenta. De ahí que, una vez producido el nacimiento, no sea extraño escuchar entre el personal asistente reflexiones de este tipo: «Mírala. Venía con un Plan de parto y se va con una cesárea». Como si se hubiera hecho justicia. Como si hubiera triunfado la medicina sobre la naturaleza.

Asimismo, es posible hallar a ginecólogos bienintencionados que sugieren que en otro lugar, con otros medios… quizá todo fuera diferente. Uno de ellos se refería a esta imposibilidad de atender partos naturales en una clínica alegando, entre otros, el problema del gran número de parturientas ingresadas: «Hace un mes llegó una mujer con un plan de esos. Qué más quisiera yo que poder atenderla así, como ella quería. Pero, en un parto fisiológico, ¡la dilatación puede prolongarse durante un día! Eso aquí es impensable. No hay espacio y la masificación es agobiante. Y solo es una mujer la que pedía parir así. Imagínate si se presentan cinco,

¿qué hago con ellas?».

Con el tiempo, quizá al Plan de parto le suceda como a la cartilla materna. Cuando esta fue implantada, «a las mujeres que la llevaban al hospital se las trataba de malos modos», cuenta una matrona que no se explica aún por qué los ginecólogos arman tanto revuelo ante una mamá que quiere ejercer su derecho a parir según sus deseos, en un ambiente íntimo, donde «se deje fluir de forma natural el proceso fisiológico del nacimiento». Tal vez en un futuro esta cartilla sanitaria de la embarazada incluya si adjunta un plan de parto, y cuáles son entonces sus preferencias a la hora de dar a luz: qué música le gustaría escuchar mientras pare, qué iluminación desea… Porque lo demás, la libertad de movimiento y de postura, la intimidad, el respeto por la vivencia natural del parto y el desarrollo fisiológico de este, sin intervenciones médicas que lo alteren, retrasen o detengan, ya no haya que solicitarlo por escrito, pues vivir un parto de forma libre, humana, sea lo común en un centro hospitalario. No una excepción, no un regalo del azar. No un privilegio.

Cuando pare la cigüeña

Las mujeres, que necesitan apoyo social durante el embarazo y la lactancia, y privacidad durante el parto, se encuentran solas con su embarazo y su lactancia, y rodeadas de una muchedumbre en el momento del parto.

El bebé recorre en nueve meses toda la historia evolutiva de la humanidad. Sumergido en el líquido amniótico, que recuerda al océano primitivo, ha pasado de una forma animal a otra hasta ver recubierta su piel mamífera con una especie de vello tupido, el lanugo. Y a todas estas transformaciones se ha ido adaptando con la fuerza y la tenacidad de un atleta olímpico. Nacer es un ejercicio de perseverancia que quizá solo pueda realizar un niño, cuya mente aún no ha sido contaminada con temores e incertidumbres. Un adulto no andaría ni la mitad del camino, mucho antes ya le paralizaría el miedo a ser objeto de metamorfosis continuas, la duda de si se estaba formando bien o no, la desconfianza hacia sus posibilidades de atravesar el canal del parto llegada la hora… Sin embargo, un bebé no se plantea ninguna de estas cuestiones, no reflexiona sobre un hecho que la naturaleza lleva resolviendo durante millones y millones de años. Simplemente, se deja conducir por su instinto, que le capacita para vivir dentro del útero y para

hacerlo, después, fuera de él. Sabe que la vida está de su parte.

De igual manera, la naturaleza prepara a la mamá para el acontecimiento más trascendental de su experiencia erótica. Para transmitir la vida, ha atraído primero a millones de espermatozoides hacia sus óvulos para luego, producida la fecundación, mantener alimentado y a tibio resguardo a ese nuevo ser a lo largo de las semanas. Asimismo, la naturaleza la provee de un cuerpo con una sabiduría innata para la apertura a fin de permitir el paso del bebé hacia el mundo extrauterino, cuando este se encuentre preparado para ello. Si la mujer viviera bañada en líquido amniótico, protegida por la flexibilidad de la placenta, no tendría miedo. Pero crece y se desarrolla en un medio rígido, en una sociedad que le asigna desde niña un rol envuelto en mitos, supersticiones, advertencias, culpas y desconfianzas hacia su esencia y poder interior. De tal forma que cualquier persona llega a inspirarle más seguridad que ella misma. Así las cosas, cómo no va a hacerlo un ginecólogo, rodeado de fármacos y adelantos técnicos.

Una de las mujeres que aportó la historia de su parto para este libro describe este modo de delegar nuestro poder en manos de la medicina con un estilo muy sugerente. Me pidió el relato de mi parto. En cuanto pude, le envié el primer capítulo de *Adiós cigüeña*. A la semana, recibí un correo electrónico del que extraigo estos párrafos: «El miedo a que el bebé (nuestro hijo) sufra es más fuerte que cualquier cosa. Ella es muy valiente, además de haberse informado muy bien sobre todo lo relativo al parto. No sé si yo soy valiente, sí creo que soy fuerte para poder con ciertos asuntos. Me asusta el dolor físico, pero creo que tengo fuerzas para superarlo. No obstante, soy muy insegura, por lo que mi preparación e información durante el embarazo fueron encaminadas al momento a partir del cual tendría a mi hijo con nosotros, sano, no a todo el camino previo. Pensaba que este no me incumbía a mí, sino a los médicos. Hasta que me incumbió y de qué manera. Sí, te das cuenta tarde de que el nacimiento de tu hijo te incumbe a ti más que a nadie. Aunque te digan que "ya has hecho tu trabajo" (supongo que se referirán a la gestación), y que en el parto es mejor que te quedes relajadita, tumbada sin moverte, con tu oxitocina, con tu epidural, ¡con tu cesárea! Con tu culpa por ser una mujer imperfecta.

»Me hubiera gustado conocer antes, durante y después del parto que no había ningún fallo en mí, que yo era capaz de dar a luz y que mi hijo era capaz de nacer si nos hubieran dejado hacer a nosotros dos, sin una inducción injustificada (como se ha demostrado) que acabó en cesárea».

La mujer encinta ha de desenvolverse en una cultura para la que ella no es más que un ave, con un bebé atado al pico por un pañuelo. Como si su papel tuviera que limitarse al de portadora de un regalo destinado a otro. De ahí que sean muy usuales expresiones como esta: «Qué mayor prueba de amor hacia mi pareja que la de darle un hijo». Lo que viene a refrendar una idea de la maternidad y de sí misma como madre interiorizada desde la primera infancia. Según tal percepción, una mujer comenzaría a ser madre a partir del alumbramiento, con lo cual este significaría «un camino previo» a la maternidad, desligado en sentido estricto de ella, y no una parte fundamental de la misma. Por eso es muy fácil someter a una mujer de parto que ha sido educada de este modo, porque ya antes ha sido sometida desde pequeña. Se le ha enseñado (la mayoría de las veces, de forma inconsciente) que el parto es un trámite que hay que realizar para ser madre.

Ninguneado y temido a partes iguales, la embarazada quiere pasar por el parto del modo más rápido e indoloro. Aunque sea de manera pasiva, o cortada, o tendida sobre su espalda durante horas. De tal forma que pareciera estar llamada a recelar de su naturaleza animal y a rehuir las llamadas de su instinto, viendo ambas como un lastre; ocultándolas bajo estados de cierto «desequilibrio emocional». Resulta muy corriente, por tanto, que en los momentos en que su animalidad intenta aflorar a la superficie, con las menstruaciones, por ejemplo, resaltemos de esas señales fisiológicas del organismo, como prueba de su sabiduría inmemorial, solo sus aspectos peyorativos. De una mujer que tiene el periodo se dice entonces que «está en esos días…», que se pone «inaguantable», «rara» o con un «carácter imposible» de «cambios bruscos de humor». Nosotras mismas señalamos que «vaya lata», «con lo incómoda que es esa constante sensación húmeda». En cambio, a muy pocas se les ocurre pensar: «¡Qué alegría! Es una forma de recordarme que mi cuerpo está cabalmente diseñado para dar vida». En una sociedad tan medicalizada y aséptica como la nuestra, si alguna se atreviera a exclamar algo así en público, con toda probabilidad se le recomendaría una consulta urgente con el psicoanalista.

Para cambiar esta forma de entender la maternidad, primero habría que modificar la forma de parir. Una forma en la que los sentidos no fueran ignorados, como ahora, igual que el instinto. Nadie les ha enseñado a las mujeres a reconocer el mundo a través de ellos, maestros viejos en el arte de saborear la vida. Porque la razón ha estado presente en todo momento, incluso en lo relativo al

sexo. Cómo va a abandonarse una mujer con toda la intensidad de que es capaz al placer de dar a luz, y más tarde al de la lactancia, si antes no ha disfrutado del éxtasis pleno de reencontrar sentidos diferentes, más vivos, al gozar de su cuerpo y del contacto con otro, piel a piel. A una mujer que no tiene una buena relación con su cuerpo y con la sexualidad en su conjunto le costará más entregarse a la experiencia carnal del parto desde las emociones. Tendrá dificultades para implicarse hasta lo más profundo de su ser porque los miedos, los prejuicios, los pudores, las inseguridades, los interrogantes fruto de la desinformación y las dudas harán que crea en la necesidad de ser guiada. Nadie la condujo a la hora de concebir y gestar a su hijo, pero parirlo ya no parece asunto de su competencia, ni tampoco de su sistema nervioso, donde el hipotálamo maneja a su antojo los procesos fisiológicos primarios: comer, dormir, dar a luz…

La convicción de disponer de una fisiología imperfecta sume a la mujer en el desconcierto. Y sin embargo todas somos perfectas y bellas, con una sabiduría natural para saber qué hacer con nuestro cuerpo, si nos dejamos llevar por ella. La naturaleza ha sido meticulosa a la hora de prepararnos para el parto. En él, los sentidos se afilan, como una educación natural a la maternidad. La mejor. Ningún libro de obstetricia lo menciona, pero de esa experiencia del alumbramiento va a depender la primera relación afectiva que mantengamos con nuestro hijo. Una mujer que pare activamente, con su piel, con sus ojos, con su boca y su vulva, con todos sus sentidos despiertos, está forjando una relación especial con su bebé desde el plano afectivo. Les está regalando a los dos una experiencia inconmensurable. Jamás se hallarán tan unidos como naciendo y pariendo al unísono, acunados por los movimientos simétricos de sus cuerpos: el uno pujando por salir y el otro abriéndose para no retenerlo.

Sobre esto, escribe Marie Bertherat: «Los bebés eligen a sus padres. Me gusta ser la madre elegida por mi bebé, la mujer elegida. Me digo que si él está ahí, en mi vientre, es porque debe de sentirme capaz». Claro que somos capaces. Parir es un acto natural y simple en el que una mujer acompaña a su bebé al mundo exterior. La mujer está sabiamente preparada para dar vida y para dejarla ir, luego, fuera de ella. Pero eso supone quebrarse, romperse de punta a punta, física y emocionalmente; estar dispuesta a desarmarse como un buque para volver a componer sus piezas en una nave distinta, que navega, por el mismo mar, con otros rumbos. Sin embargo, los alumbramientos inducidos, las analgesias y demás

prácticas hospitalarias de rutina se enfrentan a los tiempos de la naturaleza porque perviven gracias a la prisa de un sistema de atención al parto que contempla este desde la perspectiva de un informe médico a rellenar. Así pues, todo su desarrollo se halla recorrido por la rapidez y la razón, antítesis del impulso erótico y del disfrute sexual; en definitiva, de todos nuestros procesos inconscientes. De hecho, resulta paradigmático que aquellos más preocupados por el dolor y el descontrol de la mujer de parto sean quienes vertebren más instrumentos para evitarle placer.

Sin duda, este nacimiento disciplinado es más tranquilizador para los obstetras porque concluye pronto, no hay gritos y la carne no se agita. La mujer «no sufre». Lo cual conduce a pensar que los médicos creen en una especie de labor mesiánica que han de llevar a cabo con las embarazadas. De tal modo que, en cierta medida, realizan cada una de las intervenciones expuestas porque están convencidos de que la mujer necesita ser salvada de sí misma, de su destino, de su dolor, de su sufrimiento. Muy pocos son los ginecólogos que estudian la evidencia científica porque sus conclusiones implicarían para ellos un *shock* demoledor, que en condiciones normales la parturienta no necesita ser salvaguardada de su esencia animal, sino respetada en sus ritmos naturales y mantenida lejos, por tanto, de las hormonas sintéticas, de los fármacos y de la tecnología. Que para que el proceso fisiológico del alumbramiento no se interrumpa o se retrase lo único que ha de hacerse desde la asistencia al parto es dejarlo fluir de modo respetuoso y con el menor grado de intervención posible. Es decir, de lo que se trata es de ofrecerle a la mujer una atmósfera de confianza y libertad. Y es que cuando la medicina se empeña en salvar a alguien que no lo necesita, puede generar un riesgo que antes no existía.

En aras del supuesto bienestar de la mamá se intenta desligar a esta de aquello a lo que está destinada por naturaleza: rencontrarse con su esencia de animal mamífero, con su parte más oculta y relegada a la oscuridad. Dentro de esta percepción, no sorprende que, en una charla sobre la leche de fórmula, sobre su comodidad y lo saludable de su consumo, un cirujano plástico argumentara contra la lactancia natural que, desde el punto de vista estético, esta es una locura porque, «con cada mamada, los pechos caen, flácidos». O lo que es lo mismo, la mujer que amamanta a su bebé va directa a una mamoplastia, si puede permitírsela. Los biberones y los chupetes se erigen entonces en la mejor opción, al objeto de no ir contra nuestro propio cuerpo. Para eso está la técnica, para

librarnos a las mujeres de las demandas de una fisiología que, dejada a su libre albedrío, se vuelve en contra de nuestros intereses. Para eso está la ciencia, para protegernos del lastre de una maternidad que nos perjudica. La leche materna es rechazada al considerarla un alimento de fácil sustitución. Pues, según este planteamiento mecanicista, amamantar a un hijo tiene solo un significado alimenticio. No implica aportar cuidado, calor, comunicación y ¡afecto! al bebé. El amor y las emociones se quedan fuera, por eso una tetina de plástico es equiparada a un pezón humano. Así que a la mujer que desea amamantar a su hijo se la deja sola, cuando más necesita de apoyo. En cambio, seguramente en su parto recibiese tanto *apoyo* médico y familiar que transitara por la experiencia más apasionante e íntima de su vida desconectada de su naturaleza instintiva, entre el gentío y el ruido. Michel Odent se refiere a esta sutil paradoja describiéndola con maestría: «Las mujeres, que necesitan apoyo social durante el embarazo y la lactancia, y privacidad durante el parto, se encuentran solas con su embarazo y su lactancia, y rodeadas de una muchedumbre en el momento del parto».

A diferencia del mecanicista, en el parto fisiológico no existen modelos, ni tiempos estandarizados por protocolo, ni una forma única de parir en la cual lo que debería ser de aplicación selectiva y eficaz se transformase en una costumbre sustentada en la inercia. El parto natural no es una rutina, no es un pezón de látex, es un estallido soberbio de la carne y de las emociones. Porque sin el cuerpo que se abre, sin los sentidos que se despiertan, sin la alegría, el placer y el dolor que se deslizan libres por el cuerpo de la embarazada, este momento fundamental de la vida sexual de la mujer se quedaría en un acto médico protocolario. De tal suerte que la mamá no estaría pariendo, el bebé no estaría naciendo, sino limitándose a constituir el objeto pasivo de una extracción.

El parto que es respetado en su esencia de acontecimiento de la naturaleza es propio de cada mujer y diferente en cada caso. No es susceptible de copia, ni de imitación. El *copyright* de un nacimiento lo poseen esa madre y ese hijo (o esos hijos) concretos, y no se lo ceden a nadie. Porque otorgar ese poder a otras manos supondría negar que sus cuerpos están sabiamente facultados para el fluir eterno de la vida. Por tanto, la mujer no es la receptora y depositaria del poder de otro (de un médico o de una comadrona), es la protagonista, junto con su hijo, de un hecho grandioso a la par que simple: cuando el bebé se encuentra maduro para vivir fuera del útero, inicia el viaje hacia el exterior con la tranquilidad de que

el cuerpo de su madre sabrá reconocer esas señales, y se abrirá en lugar de cerrarse. Silvia lo expresa con estas palabras:

Sí, estoy de acuerdo con que la posición que adopta una mujer ante el sexo es la misma que adopta ante el parto. Quieres hacer con el otro o que te hagan, esa es la cuestión. Quieres participar activamente o entregar tu poder por miedo a que a ti no se te dé bien. Yo sabía que era capaz, sabía que, como a toda mujer, se me daba bien y que, si había algún problema, el médico estaba allí para ayudar. Pero que si no lo había, mi hijo y yo no le necesitábamos para nada. Era un hospital público muy pequeño, y quizás por eso el ginecólogo se mantuvo al margen, respetando mis deseos. La comadrona sabía lo que hacía, sabía que lo mejor era dejar hacer a mi cuerpo, comprobando que todo marchara sin problemas.

Si volviera a parir, iría otra vez con mi plan de parto. Con mi decisión. Con mi confianza. Eso sí, a una maternidad chiquitita y tranquila. Sé cómo funciona un macro hospital y no me seduce lo más mínimo la idea de parir en él. Pero en un lugar recogido, llegando cuando la dilatación está avanzada, si te ven decidida, y no melindrosa, lo agradecen en su fuero interno. Que una mujer llegue para soltarse, moverse y respirar como le pida el cuerpo. Y en la cara la expresión de ir a disfrutar, no a contar los minutos para que todo termine.

Nunca he hecho el amor pensando cómo iba a acabar, así que por qué iba a hacerlo en mi parto. Haces el amor o pares, es lo mismo, te entregas, lo vives intensamente, gozas y ya está. Eres tú y a la vez estás más allá de ti misma porque no hay tensión, ni miedos, ni expectativas a cumplir. Te mantienes flotando a la par que se agudizan todos tus sentidos. Te sientes poderosa, fuerte y libre. En el sexo, no hay apartados que debas ir rellenando, como si se tratara de un formulario. No hay una nota al final para tu comportamiento: «Muy bien, tranquilita», «cuello dilatado. Vulva abierta». Tampoco espero que nadie me apremie: «Vamos, venga», «verás qué rapidito va todo», «es un cortecito de nada» o «la oxitocina es para que dilates sin darte cuenta». Tengo relaciones sexuales para darme cuenta, para vivirlas, con mis piernas libres. Y también con mis brazos y mi cuerpo entero. De igual forma, doy a luz para sentir que estoy yo dando a luz, no cualquier otra mujer. Esa mujer soy yo. Así parí a Rafael. En cuclillas, sostenida por mi marido. Lloré y reí. Y hubo momentos en que creí que no podría, y pude. Hubo bajadas en las que me deslizaba tan veloz como el rayo, sintiendo a mi hijo correr hacia fuera. Y también hubo cuestas que subir, una parte perdida que enfrentar: mi madre murió cuando yo era niña y no había vuelto a emocionarme, a emocionarme de veras, con lágrimas. El parto de Rafael me puso de cara a mis angustias más profundas, a mi

soledad de la infancia. Él me reconcilió con aquella niña que no se permitía llorar.

Con el intelecto enviado de vacaciones, el instinto más salvaje de la mujer se adueña del proceso del parto, destapa la sabiduría natural del organismo de la madre y ella actúa, llevada por esta, como si hubiera parido durante decenios. La mujer que da a luz bajo sus propias reglas es una mujer adulta que está naciendo de nuevo, es su madre y es otra vez niña, es cada una de las mujeres que la han conducido hasta aquí para que ella sea lo que está siendo, y actúe como está actuando. Desde luego no es un ave migratoria, no es una cigüeña que trae el bebé de otro. Y eso no quiere decir que su primer deseo no sea el de que su bebé y ella estén sanos, y recorran el viaje del parto sin problema alguno. Este es su principal interés, pero también el de hacer del nacimiento de su hijo una experiencia grata, enriquecedora, mutua, para que también lo sienta así su bebé y la relación amorosa de ambos salga beneficiada. De lo vivido en su parto, Esperanza se queda sobre todo con esto:

Mi hija ríe a todas horas. Jugamos incluso mientras succiona mis pezones. Me mira y yo la miro igual que nos miramos mientras el cordón umbilical seguía latiendo, vivo. Sé que haber vivido así su nacimiento ha marcado en cierta medida su forma de ser como bebé: es una niña divertida, cariñosa y sociable. […] Disfruto una barbaridad dándole el pecho. Como también gocé pariéndola, moviéndome con ella para facilitarle la salida. Esa noche ganamos mucho ella y yo. Lo sé porque no soltó ni siquiera un llanto. En el contacto piel con piel se quedó tan pegadita a mí, con cara de felicidad, de sentirse protegida, a salvo conmigo, con su madre, que era una forma de decirme: «Lo hemos logrado». Yo sentía lo mismo.

Fue un triunfo de las dos. Mis amigas, en cambio, cuentan que esa expresión facial que yo intento explicarles es la que tienen todos los recién nacidos, «las muecas del postparto». Me da igual lo que digan unas y otras, yo sé que Mireia sonreía. Me sonreía. Porque había sentido mi presencia acompañándola en todo momento. Ni un solo segundo ella se encontró sola.

Como la mamá se sumerge en toda su hondura sensorial, las emociones se hacen presentes en el nacimiento. De este modo, un parto al que se le respeta su fisiología no es bueno o malo, extenso o breve; un parto es fulgurante, o intenso, o brutal, o suave, o ardiente, o sinuoso, o abrupto, o risueño, o agitador, o explosivo, o

húmedo, o desatado, o palpitante, o contradictorio, o remolón, o sudoroso, o titilante, o rotundo. O nada de esto. O todo a la vez. Cualquier emoción, cualquier hallazgo sensitivo tiene cabida en él y la mujer no sabe de antemano con qué versión de ella misma va a encontrarse. De ahí que el parto sea, más que cualquier otro acontecimiento de su vida, sorprendente y revelador. «Cada mujer debería poder parir de la manera más cercana a lo que ella es en esencia», defiende Laura Gutman. Porque solo así una mujer puede abrir su vulva para que respire por ella la vida. Despertar esa esencia, la parte más íntima barrida día a día hacia la última esquina de su cuerpo, es nacer de nuevo. También la mujer atraviesa su propio canal del parto, también ella abandona el útero confortable de un mundo conocido para lanzarse a una vida sujeta a gatas por un bebé.

Cuando una mujer da a luz de esta manera, sin modelo a seguir, sin tiempo prefijado, sin que la cohíban, sin química que la anestesie, sin que la alteren, repriman o importunen, está iniciando un camino sin retorno. Incluso en un ambiente hospitalario, su conducta de confianza en su poder, la información sobre el proceso fisiológico que tiene lugar en su interior y su interés en hacer un buen uso del hospital le ayudan a ella a disfrutar de su parto, a degustar cada instante del nacimiento de su bebé, pero también les allana el terreno a las mujeres que vengan más tarde demandando el mismo tipo de asistencia respetuosa con sus deseos. Esa actitud implica dar un salto de una cultura, a otra. De lo tecnificado y rutinario, a lo natural y asombroso. De dejarse hacer por la inercia medicalizada, a solicitar la atención al parto en su vertiente personal, íntima y distintiva. Del miedo, a la confianza en la sabiduría femenina del cuerpo. De «quiero una horita corta», a «deseo vivir mi parto en toda su intensidad, en toda su plenitud de sentidos y emociones». De parir sin dolor, a parir con todo lo que el parto traiga consigo. A parir con placer. A parir con pasión.

Bibliografía

Parto seguro. Beatrijs Smulders y Mariël Croon. Ediciones Medici, 2002

La maternidad y el encuentro con la propia sombra. Laura Gutman. Editorial del Nuevo Extremo, 2003

Con el consentimiento del cuerpo. Marie Bertherat, Thérèse Bertherat y Paule Brung. Paidós, 1996

Siete pasos hacia un parto feliz. Carmen Gabilondo Santander. Morales i Torres Editores, 2005

Nueve meses de espera. Dras. Josefina Ruiz Vega y Concepción Díez Rubio. Ediciones Temas de Hoy, 2000

La revolución del nacimiento. Isabel Fernández del Castillo. Ediciones Granica, 2006

El gran libro de la lactancia. M. Eiger y S. Wendkos. Ediciones Medici, 1989

Nacer en casa. Sheila Kitzinger. Icaria Editorial, 1996

Cómo amamantar a tu bebé. Sheila Kitzinger. McGraw-Hill. Interamericana de España, 1989

El nuevo gran libro del embarazo y del parto. Ediciones Medici, 1998

Método madre canguro (guía práctica). OMS

Qué se puede esperar cuando se está esperando. Heidi Murkoff, Arlene Eisenberg y Sandee Hathaway. Ediciones Medici, 1997

El bebé es un mamífero. Michel Odent. Ediciones Mandala, 1990

La cientificación del amor. Michel Odent. Creavida, 2001

Nacimiento renacido. Michel Odent. Creavida, 1984

La cesárea. Michel Odent. La Liebre de Marzo, 2006

«La hora siguiente al nacimiento, no despierten a la madre». Michel Odent. www.partonatural.net

El arte femenino de amamantar. La Liga de la Leche.

«Pinzamiento prematuro del cordón umbilical y daño cerebral». George Morley. www.partonatural.net, www.cordclamping.com

ICAN (International Cesarean Awareness Network). www.ican-online.org

El contacto humano. Ashley Montagu. Paidós, 1989

«En defensa del Parto Vaginal Después de Cesárea (PVDC). Crítica de la investigación actual». Jill MacCorckle

Petit Manuel de guérilla à lúsage des femmes enceintes. Françoise-Edmonde Morin. Seuil, 1985

Resexualizing childbirth. Leilah McCracken. www.birthlove.com

La función del orgasmo. Wilhelm Reich. Paidós, 1983

Paroles de sages-femmes. Les dossiers de la naissance. VV.AA. Stock-Laurence Pernoud, 1992

Cerveau droit, cerveau gauche. Lucien Israël. Plon, 1995

La guerre des sexes. Maryse Choise. Publications Premièrs, 1970

Parirás con placer. La sexología y el orgasmo en el parto. Merelo Barberá. Kairós, 1980

Mujeres y salud desde el sur. María Fuentes. Icaria, 2001

La sexualidad femenina. Ramón Serrano Vicens. Júcar, 1972

Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal. Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. B. Chalmers, V. Mangiaterra y R. Porter. 2001. www.elpartoesnuestro.org

Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, 2007

Cuidados en el parto normal: guía práctica. OMS, 1999

Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, 1985

La función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/UNICEF, 1989

Derechos de la mujer embarazada y el bebé. OMS, 1985

Cantidad y calidad de la leche materna. OMS, 1985

Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. G.C. Anderson, E. Moore, J. Hepworth y N. Bergman. Biblioteca Cochrane Plus, nº 4, 2006

Protección, promoción y apoyo a la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. OMS, 1989

Elementos menores y oligoelementos en la leche materna. OMS, 1989

Guía de la mujer consciente para un parto mejor. Henci Goer. Ob Stare, 2006

Mitos de la obstetricia versus realidades de la investigación. Henci Goer

«Comadronas ante la decisión ¿qué camino es el mejor?». Mireia Marcos, Carina López y Rafael Andrés. www.elpartoesnuestro.org

Informe Sexual de la Mujer Española. R. Serrano Vicens. Lyder, 1977

El placer y el dolor en el parto. Dra. Monserrat Catalán

«Analgesia peridural: entre la intervención rutinaria y el derecho». Claudia Alonso. Ob Stare nº6, 2002

Duración de la lactancia materna según el uso del chupete. C. G.

Victora, E. Tomasi, M. Olinto y F. C. Barros. Lancet 341, 1993
El periné femenino y el parto. Blandine Calais-German. La Liebre de Marzo, 1996
«Trascendencia de la episiotomía y el desgarro». Dr. Marcos Leites
Mi niño no me come. Carlos González. Temas de Hoy, 1999
Bésame mucho. Cómo criar a tus hijos con amor. Carlos González. Temas de Hoy, 2003
Embarazo y nacimiento gozosos. Monográfico nº 4, Integral, 1988
Nacer por cesárea. Ibone Olza y Enrique Lebrero. Ediciones Granica, 2005
La lactancia materna. Josefa Aguayo. Universidad de Sevilla, 2004
El apego, la separación, la pérdida. John Bowly. Paidós
El nacimiento en el próximo milenio. Marsden Wagner. Congreso de Parto en Casa. Jerez, 2002. Libro de ponencias. Ob Stare
Babies remember birth. David Chamberlain. Random House
«La maravilla del vínculo afectivo». David Chamberlain. Ob Stare nº 6, otoño 2002
La vida secreta del niño antes de nacer. Thomas Verny. Urano
Por su propio bien, 150 años de consejos de expertos a las mujeres. Barbara Ehrenreich y Deirdre English. Taurus, 1990
Historia universal de la medicina. Pedro Laín Entralgo. Salvat
La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente. Casilda Rodrigáñez y Ana Cachafeiro. Virus Editorial, 2005
La infamia originaria. Lea Melandri. Hacer-Ricou, 1977
Childbirth without fear. Grantley Dick Read. Ed. Harper and Row, 1972
Educación para el parto. J. L. Sasmor. Editorial Limusa, 1982
Así nacemos. William Wright. Taurus, 2000
Así nacemos. Luis Papagno. Celsius, 1986
La violencia en la sala de partos. Luis Papagno (libro digital)
Realidades y problemas de la vida sexual. G. Tordjman. Argos, 1978
Revelation of childbirth. G. Dick Read. William Heinemann Medical Books, 1945
Nacimiento sin violencia. Frédérick Léboyer. Daimon, 1974
El parto: crónica de un viaje. Frédérick Léboyer. Alta Fulla, 1976
Shantala, un arte tradicional, el masaje de los niños. Frédérick Léboyer. Editorial Hachette, 1978
«La sexualidad natural del amamantamiento: una prescripción evolutiva para la salud emocional». Dale Glabach. Ob Stare nº 18, otoño 2005
Human Sexual Response. William Masters y Virginia Johnson. Little,

Brown & Co, 1966
Pariremos con placer. La sexualidad oculta de las mujeres. Casilda Rodrigáñez
La sexualidad de la mujer. Casilda Rodrigáñez. Ekintza Zuzena, 2000
«Las lecciones del útero», en *La comunicación no verbal*. Flora Davis. Alianza Editorial, 2006
Parir con pasión. Carlos Burgo. Editorial Longseller, 2004
Maternidad y lactancia. Gro Nylander. Ediciones Granica, 2005
Lactancia materna, guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Ergón, 2004
Temperature, metabolic, adaptation and crying in health full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. K. Christensson y otros. Acta Paediatr 81, 1992
Amamantar: sencillo y puro. G. Gotsch. La Liga de la Leche Internacional, 1995
Women and doctors. J. Smith. The Atlantic Monthly Press, 1992
«Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto». Anim-Somuah, Smith y Howell. Biblioteca Cochrane Plus, nº 2, 2008
«Analgesia epidural a demanda». Moreno, González y Usandizaga. Pro Obstet Ginecol 2001
«The effects of epidural analgesia on labor, maternal and neonatal outcomes». Leighton. Am J Obstet Gynecol 2002
«Influencia de la analgesia epidural en el parto». Aceituno Velasco, Sánchez Barroso, Huertas Segura, Ruiz Martínez, Perales Recio, González Acosta y Delgado Martínez. 2009

Para los estudios científicos y las revisiones: *Biblioteca Cochrane Plus,* Revista científica *The Lancet, International Cesarean Awareness Network, The American College Obstetricians and Gynecologist (practice bulletin), Protocolos (SEGO) y An International Journal of Obstetrics and Gynecology (BJOG)*

Edición en formato digital: junio de 2012

Avda. San Francisco Javier, 22
41018 Sevilla
Teléfono 95 465 23 11. Telefax 95 465 62 54
algaida@algaida.es

ISBN ebook: 978-84-9877-309-5

Conversión a formato digital: REGA

www.literaria.algaida.es